Prof. JULIO DE MATTOS
DIRECTOR DO MANICOMIO DO CONDE DE FERREIRA

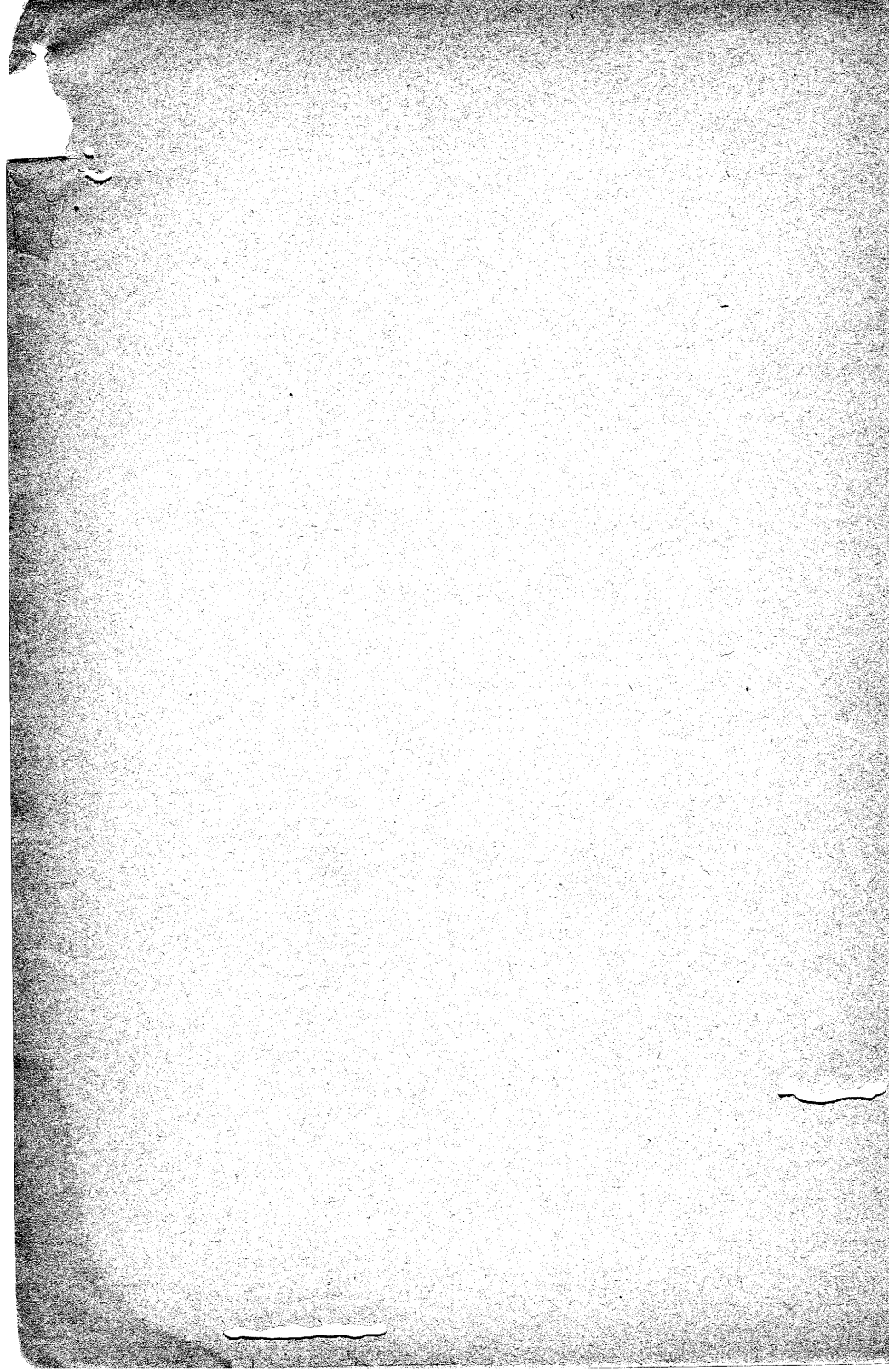
ELEMENTOS

DE

PSYCHIATRIA

PORTO
LIVRARIA CHARDRON, DE LELLO & IRMÃO,
EDITORES
RUA DAS CARMELITAS, 144

1911

Aos meus alumnos

PREFACIO

Não aspirando senão a prestar aos polyclinicos e aos estudantes de medicina serviços de rapido informe e de facil iniciação em assumptos cujo ensino official só muito recentemente e sem caracter obrigatorio se iniciou no paiz, este livro desempenha papel analogo ao do *Manual das Doenças Mentaes,* publicado em 1884 e, mercê do benevolo acolhimento do publico portuguez e brazileiro, rapidamente esgotado.

Todavia differem consideravelmente as duas obras, que vinte e seis annos de universal trabalho e de profunda remodelação scientifica separam.

Assim, á parte que se occupa da pathologia geral das psychoses démos n'este livro uma extensão que no antigo não tinha, não só expondo methodos

de exploração clinica e de tratamento, desconhecidos em 1884, mas introduzindo, d'accordo com as exigencias do ensino, que hoje nos preoccupa, noções geraes de psychologia e de physiologia cortical indispensaveis á comprehensão pathogenica dos symptomas, nomeadamente das allucinações, das desordens motoras e da linguagem. E' novo n'esta parte quanto se refere ao cytodiagnostico, á puncção lombar, ás perturbações cenestheticas, á aphasia, á surdez e cegueira psychicas e verbaes, ás abulias, ás obsessões, ás bases da classificação psychiatrica e ao tratamento opotherapico das autointoxicações.

Mas é na parte consagrada á nosologia que as differenças entre o novo e o antigo livro são mais extensas e sensiveis. E' outra a classificação adoptada e inteiramente diversa a maneira de considerar as psychopathias, das quaes umas, como a Pellagra, o Morphinismo, o Cocaïnismo, as Psychoses Thyroideas, a Neurasthenia, as Aberrações Sexuaes e a Demencia Precoce, são agora descriptas pela primeira vez, e outras, como a Idiotia, as Psychoses Affectivas, a Loucura Periodica e a Paranoia, expostas a uma nova luz.

A presença de illustrações e um maior desenvolvimento agora dado á symptomatologia, á anatomia pathologica e á pathogenia das diversas fi-

guras nosologicas, acabam de marcar as differenças entre o antigo e o novo livro.

A medicina legal, que formava a terceira parte da obra de ha vinte e seis annos, é supprimida na d'hoje. A importancia do assumpto reclama um novo volume, que a este succederá tão de perto quanto possivel, estudando pormenorisadamente as psychopathias nas suas relações com o direito administrativo, civil e criminal. A legislação comparada e as reclamações inovadoras dos psychiatras, dos criminalistas e dos penalogistas modernos, encontrarão ahi o logar a que têm direito e que um tratado clinico não póde consagrar-lhes.

Escripto sobretudo para os alumnos cuja instrucção psychiatrica nos foi confiada pela Escóla Medica do Porto, este livro reflecte uma dominante preoccupação de ensino, de sorte que o seu logar é entre os grandes Tratados, de uma leitura só accessivel aos especialistas, e os Manuaes, curtos resumos de que, sob a allegação de exclusivos intuitos praticos, systematicamente se eliminam as noções pathogenicas, sem as quaes, todavia, a clinica não passa de um empirismo grosseiro.

Outubro, 1910.

J. de Mattos.

PRIMEIRA PARTE

GENERALIDADES

O estudo das doenças mentaes não póde ser utilmente iniciado sem o conhecimento da classificação em que se integram e que as explica no duplo aspecto da sua formação como especies clinicas, e da sua reciproca posição dentro dos generos que as subordinam.

Mas as bases d'essa classificação, qualquer que ella seja, hão de inevitavelmente encontrar-se nas analogias e differenças que a experiencia conseguiu surprehender na indefinida multiplicidade dos estados anormaes do espirito, analysando o que elles têm de commum: as *causas*, os *symptomas*, a *marcha* e as *lesões*. Só o exame d'estes elementos permitte formar ou comprehender uma classificação das doenças mentaes, como só elle permitte estabelecer os principios praticos sobre que assentam o *diagnostico*, o *prognostico* e o *tratamento* que ellas comportam.

Por isso á pathologia geral, que estuda, como preliminar indispensavel da nosologia, esta ordem de assumptos, consagramos logicamente o primeiro logar.

CAPITULO I

ETIOLOGIA

A noção de *causa* não tem nas sciencias biologicas a precisão que reveste nas physicas, muito menos complexas.

Em medicina é quasi impossivel surprehender com segurança *a condição ou grupo de condições, cuja presença ou ausencia invariavelmente determina ou impede a realisação de um phenomeno*. A doença é o effeito de tantos factores concórrentes, mesologicos e individuaes, de importancia diversa, que raramente poderemos precisal-os no seu numero e no seu valor. D'aqui um certo vago inevitavel na apreciação dos elementos etiologicos.

Como a todas as doenças, reconhecem-se, de ordinario, ás de ordem mental dois grupos de causas: as *predisponentes*, que preparam o individuo para a invasão da loucura, e as *determinantes*, que n'elle provocam a sua apparição.

As causas predisponentes dividem-se geralmente em dois grandes sub-grupos: as *individuaes* ou *endogénes*, inherentes ao doente, e as *mesologicas* ou *exogénes*, derivadas das condições physicas e moraes em que elle vive.

As causas do primeiro sub-grupo repartem-se ainda em duas cathegorias: umas dependem dos ascendentes e são *congénitas* no individuo; outras actuam sobre elle durante a sua existencia extra-uterina e são, portanto, *adquiridas*.

Por sua vez, as causas determinantes costumam dividir-se em dois sub-grupos: as *physicas* e as *moraes*.

O seguinte quadro permitte abranger de relance a divisão geralmente adoptada:

```
                                          { Individuaes { congénitas
                                          {             { adquiridas
           { I.  Predisponentes           {
Causas.... {                              { Mesologicas { physicas
           {                                            { moraes
           { II. Determinantes { Physicas
                               { Moraes
```

Está muito longe do rigor scientifico esta divisão tradicional. Causas ha que, sendo predisponentes, se actuam em concorrencia com outras, são determinantes, se exercem isoladamente a sua acção; isto acontece, por exemplo, com a hereditariedade, que, sendo causa predisponente da maioria das doenças mentaes, é determinante da imbecilidade, que por si só provoca. Por outro lado, as causas *physicas* e *moraes*, quer predisponentes, quer determinantes, actuam definitivamente por um mesmo e identico mecanismo physiologico. «A causa moral que determina uma paralysia ou a morte subita, diz Maudsley, actua tão physicamente como um raio; e o desarranjo mental que um desgosto provoca, é tanto o resultado physico de causas physicas como o delirio da fome.»

Assim, nós preferimos a esta, como a todas as similares, a divisão mais simples das causas em dois grandes grupos: *endogénes* e *exogénes*.

As primeiras, procedentes do individuo e ligadas á sua constituição, actuam como factores internos e em todas as condições de meio; as segundas, procedentes do ambiente physico e social, exercem a sua acção como factores externos e n'uma relativa independencia das condições individuaes.

Estas causas, frequentemente associadas na génese das psychoses, não têm o mesmo valor. Quaes são

as mais importantes e as que primeiro convem conhecer? A resposta varía segundo o ponto de vista em que nos collocarmos. Pensando na *especie*, diremos que são mais importantes as exogénes, por isso que do meio cosmico e social dependem todas as modificações uteis ou nocivas que, transmittidas dos ascendentes aos descendentes, virão actuar sobre cada um de nós; primitivas, estas causas externas subordinam as internas que, sem ellas, não existiriam. Pensando, porém, no *individuo*, producto de incontaveis gerações que o precederam e sêr de ephemera duração, sobre o qual as causas extrinsecas actuam durante um tempo limitado e minimo, responderemos que as causas endogénes são as mais importantes e mais significativas; definitivamente, estas causas não são, n'um dado individuo, senão o sommatorio organico e differenciado das causas que actuaram lentamente sobre a sua ancestralidade.

Ora, como o nosso ponto de vista é o do individuo, do doente, daremos o primeiro logar ás causas endógenes, sem o conhecimento das quaes nos sería muito difficil comprehender, na grande maioria dos casos, a acção das exogénes.

I.—CAUSAS ENDOGÉNES

Internas; Individuaes; Intrinsecas

Hereditariedade. — E' a mais importante e a que deve ser estudada em primeiro logar por tres ordens de motivos: porque é o unico factor a invocar na génese de um certo numero de doenças mentaes; porque é, sem contestação, a mais frequente; e porque, em certas condições, imprime não só caracteres especiaes ao predisposto, mas uma particular feição clinica ás fórmas da loucura.

O conceito de hereditariedade, que os antigos psychiatras só invocavam quando nos ascendentes de um louco se houvesse dado a alienação mental, alargou-se consideravelmente: hoje consideram-se tributarios d'esta causa os exemplares de loucura em cuja ascendencia se encontram *nevropathias* de qualquer ordem, organicas ou funccionaes, *intoxicações chronicas* de qualquer especie, *anomalias de caracter*, desde a excentricidade até á avareza, á prodigalidade e ás perversões sexuaes, *crimes* indicativos de falta ou deficiencia de senso moral, *suicidios* immotivados, *defeitos congénitos*, como a gaguez e o surdo-mutismo, *doenças constitucionaes* ou diathesicas, taes como a gotta, o cancro, o rachitismo, e *deformidades physicas originarias*, como a polydactilia e o labio lepurino, por exemplo.

O alienado é, segundo este conceito, não apenas a repetição da loucura ancestral, como primitivamente se acreditou, mas o termo de uma série de intimas degenerações physicas e moraes, como genialmente comprehendeu Morel.

A frequencia da hereditariedade, assim comprehendida, é tão grande que perto de trinta annos de observação me conduzem a considerar como absolutamente excepcionaes, se existem, os casos em que ella não póde invocar-se.

As estatisticas dos grandes manicomios parecem não confirmar este modo de vêr, porque em todas ellas figura um numero mais ou menos consideravel de casos em que a herança morbida não foi apurada. Tiram, porém, toda a importancia a este facto negativo duas ordens de razões. A primeira é que um grande numero de alienados officialmente admittidos n'estes estabelecimentos, se não fazem acompanhar de informes de qualquer ordem, ou porque seja impossivel colhel-os, como acontece quando se trata de productos de uniões illegitimas e nomeadamente de expostos, ou porque se julguem desobrigados d'esse

trabalho, cujo alcance não medem, as autoridades remettentes e os medicos signatarios dos attestados de admissão. A segunda é que para descobrir a hereditariedade nos doentes collocados a requerimento, os medicos dos manicomios se encontram reduzidos na grande maioria dos casos ao precario recurso de curtas e rapidas entrevistas com os parentes, sempre dispostos a occultar, por um instinctivo pudor, a existencia de casos de loucura, de nevropathia, de alcoolismo, de suicidio ou de crime na geração de que fazem parte. A tendencia quasi obsessiva da Felicidade dos «Rougon-Macquard» a destruir os *dossiers* de familia, pacientemente organisados n'um intuito scientifico pelo Dr. Pascal, não é uma fantasia de E. Zola, mas um facto vulgar nos representantes de estirpes degeneradas.

E' na clinica domiciliaria, em que o medico tem com a familia dos doentes repetidas e prolongadas entrevistas, que as taras hereditarias se apuram com precisão e segurança. Ahi, o medico póde obter os informes que deseja, sem que pareça pedil-os, sobretudo porque tem diante de si, expandindo-se, movendo-se á vontade e deixando-se surprehender nos seus gestos, nas suas opiniões e nos seus habitos, os proprios parentes do alienado. Só n'estas condições favoraveis é possivel fazer estatisticas em que a hereditariedade figure nas suas exactas proporções. As de Marcé e de Luys constatam esta causa em $^{9}/_{10}$ dos casos.

A hereditariedade diz-se *directa* ou *atavica*, segundo reside nos ascendentes immediatos ou mediatos do doente o vicio transmittido; *collateral*, se este vem, não dos paes ou dos avós, mas dos tios; *unilateral* ou *convergente*, conforme deriva de uma só ou das duas linhas ancestraes, paterna e materna; *similar* ou de *metamorphose*, conforme a doença primitiva se transmitte em fórmas clinicas analogas (*vesanicas*, *nevropathicas*, *toxicas* e *congestivas*) ou em fórmas diversas; *unisexual*, se a doença ou a disposição

morbida se transmitte, como ás vezes se observa, aos individuos de um sexo com exclusão do contrario; *homochrona* ou *antecipada*, segundo é na mesma edade ou em edades cada vez menos avançadas que a doença transmittida apparece nos ascendentes e descendentes; emfim, *simples* ou *pregressiva*, conforme a doença inicial se transmitte sem aggravação ou, pelo contrario, se accentua atravez das gerações em fórmas cada vez mais graves e mais precoces.

Dada a tendencia natural dos germes á reconstituição do typo especifico normal, os effeitos da hereditariedade morbida podem ser annullados por uma série de uniões felizes, como a virulencia de um agente infeccioso póde extinguir-se atravez de meios de cultura desfavoraveis. Então, a loucura ancestral reveste nos descendentes fórmas nosologicas successivamente mais benignas; e a predisposição, se só ella existia, attenua-se rapidamente. Está longe de ser excepcional esta hypothese; ha familias em que a loucura é um phenomeno esporadico.

Todavia, frequentemente succede que circumstancias desfavoraveis, entre as quaes devem contar-se uns certos casamentos de que adiante nos occuparemos, aggravam de camada em camada uma simples predisposição psychopathica inicial até á loucura confirmada dos descendentes, e esta, por fim, até á monstruosidade congénita e infecunda (Morel).

Assim, tem graus intensivos muito differentes a predisposição creada pela hereditariedade. Se a tara ancestral é ligeira, o predisposto não se distingue apparentemente do homem normal, e só a incidencia de uma forte causa determinante o lançará na loucura; mas, se a tara é grande, o predisposto será um individuo congénitamente anormal, differenciado do typo humano commum por caracteres physicos e psychicos inconfundiveis e sujeito a resvalar na loucura sob a acção da mais insignificante causa occasional.

Os hereditarios de grande tara chamam-se *degenerados;* e pelo nome de *estygmas* se conhecem na psychiatria os caracteres physicos e moraes que os distinguem.

São mal conformados. O seu craneo afasta-se frequentemente do typo ethnologico, offerecendo muitas vezes diametros inferiores ou superiores á média *(micro* e *macrocephalia).* A desproporção entre o craneo e a face e a *asymetria* d'estas regiões, são vulgares. A *implantação viciosa dos dentes*, a *conformação irregular das orelhas* e as anomalias dos orgãos genitaes (*hypo* e *epispadias*, por exemplo), são phenomenos communs. O *estrabismo* e os *tics nervosos* apparecem algumas vezes; e Brissaud descreveu um *torticolis mental*, que lhes pertence.

A sua evolução somatica é frequentemente anormal: são *tardios* na falla, na marcha e na dentição. Alguns conservam durante muitos annos um *ar infantil*, que não permitte apreciar-lhes a edade; outros, pelo contrario, apresentam uma *velhice precoce.* A *atrophia dos orgãos de geração* e a *ausencia de caracteres sexuaes secundarios* fazem d'alguns d'elles exemplares de *infantilismo.*

Não são menos importantes os estygmas psychicos.

A *instabilidade* e o *desequilibrio* (Magnan) constituem as notas dominantes da vida mental dos degenerados. A exaltação alterna frequentemente com a depressão; e a *variabilidade immotivada de humor* é um facto quasi constante. São de ordinario *vaidosos*, o que os não impede de entrarem por vezes em phases mais ou menos longas de humildade e de subserviencia. Sob as apparencias de um exagerado altruismo combatente occultam alguns um revoltante *egoismo*, que só na intimidade se descobre. As *tendencias mysticas* são extremamente vulgares, surgindo ao mais pequeno pretexto e exhibindo-se com apparato. A's vezes os *instinctos sexuaes* são *precoces* e antecedem muito o pleno desenvolvimento dos orgãos de geração, determinando habitos onanistas na infancia. As *perversões sexuaes* são ainda muito frequentes sob todas as suas fór-

mas. A tendencia ás intoxicações pelo *alcool*, pela *morphina*, pelo *ether*, pela *cocaïna*, são vulgares. Em regra, apreciam insufficientemente ou interpretam mal a noção de *justiça*, perturbando a ordem e pleiteando sem razão. A *falta de perseverança*, que de ordinario os caracterisa e que explica a innanidade da sua vida, alterna por vezes com uma *invencivel teimosia*. A *falta de iniciativa* caracterisa um grande numero; outros são dominados por um desejo immoderado de reformas e de alterações incessantes na ordem social, tornando-se amotinadores, chefes de bandos politicos, agitadores da plebe. A *vagabundagem* e as *disposições para o jogo* são communs. Sob o ponto de vista intellectual, a grande maioria é de *inferiores*; mas alguns excedem muito o nivel commum por brilhantes *aptidões*, ordinariamente *exclusivas* e *restrictas*. Uns são bons mathematicos, outros bons poetas, bons musicos ou bons pintores; mas não possuem a maleabilidade de espirito que exige uma educação encyclopedica e philosophica.

Candidatos á loucura, os degenerados penetram n'ella com extrema facilidade e sob a mais futil causa determinante; o advento da *puberdade*, a *gravidez*, o *parto*, o *aleitamento*, a *menopause*, um simples *insuccesso* na vida, bastam muitas vezes para os precipitar na alienação mental. E então succede, como opportunamente veremos, que as fórmas clinicas exhibidas offerecem *caracteres particulares*, quer pela *natureza dos delirios*, quer pela *marcha*.

Os predispostos hereditarios de pequena tara ou *predispostos simples* não offerecem a estygmatisação physica e psychica dos degenerados; muito distantes da *saturação causal* attingida por estes, são de uma perfeita normalidade apparente e só entram na loucura pela incidencia de causas determinantes muito intensas ou muito prolongadas. Assim, reconhecel-os antes da invasão de uma psychopathia é, senão impossivel, muito difficil. De resto, a sua loucura confirmada, essa mesma, não denuncía, como nos degene-

rados, a acção preponderante da hereditariedade. Todavia, um inquerito bem conduzido e praticado em condições favoraveis, acabaria sempre por descobrir nas familias d'estes predispostos qualquer dos vicios já apontados: nevroses, cerebropathias, doenças medullares, nevrites, alcoolismo, criminalidade, suicidio, defeitos e anomalias de evolução, enfermidades diathesicas ou ainda uma *fealdade extrema*, uma consideravel limitação de faculdades e essa *tortuosidade de espirito*, de que falla Maudsley e que tantas vezes temos observado sob a fórma de uma *desconfiança* absurda ácerca do pessoal assistente e do tratamento applicado aos loucos. «Embora, escreve o psychiatra inglez, tenham sido forçados a separar-se do seu doente, porque elle era em casa um motivo permanente de perturbação e de perigos, os paes fallam aos medicos dos manicomios como se d'elles exigissem um tratamento diverso do que comporta a loucura, e chegam, se o doente não melhora, a crêr que a affecção mental foi provocada por uma assistencia inopportuna.»

Casamentos consanguineos. — A exagerada frequencia da alienação mental nas familias da aristocracia e nas de raça judaica, em que preconceitos heraldicos e religiosos impõem os casamentos entre parentes, fez considerar as uniões consanguineas uma causa predisponente da loucura nos productos.

A observação do que se passa nas especies animaes, ainda as mais proximas de nós, não auctorisa este modo de vêr, sustentado geralmente desde Esquirol e Lunier. A opinião de que filhos predispostos á loucura resultem da união de parentes sãos, affigura-se-nos destituida de fundamento experimental. O que é fóra de duvida e repousa sobre a observação, é que a consanguinidade intensifica e accentúa na descendencia os defeitos physicos e psychicos dos progenitores, de sorte que os filhos de parentes por qualquer titulo anormaes têm todas as pro-

babilidades de nascer preparados para as psycopathias. Mas n'este caso é a hereditariedade a causa predisponente a invocar; a consanguinidade dos paes não fez realmente senão accelerar, como circumstancia adjuvante, a acção d'aquelle poderoso elemento etiologico.

Casamentos de interesse. — Estas uniões são ferteis em productos destinados á loucura. D'ellas, porém, se póde integralmente repetir o que acabamos de dizer dos casamentos consanguineos.

Não é da desegualdade economica ou da riqueza dos progenitores, como não é da sua consanguinidade, se ambos são normaes, que resulta a predisposição psycopathica dos filhos. Esta procede sempre das anomalias physicas ou psychicas dos paes, de sorte que a sua maior frequencia nos productos das uniões de interesse só póde explicar-se por defeitos inherentes aos que as contráem.

Ora a verdade é que, sendo sempre uma obra da cubiça, da ambição, da avareza, da vaidade ou do desejo de gozar, conjugado com a falta de coragem para a lucta pela vida e com a inaptidão para o trabalho, os casamentos de interesse suppõem n'um dos nubentes, pelo menos, uma organisação moral inferior; de resto, como a conquista da fortuna é o alvo exclusivo d'esta ordem de uniões, as doenças ou os vicios physicos dos noivos não lhes põem obstaculo.

N'estas condições nada mais natural que o nascimento de filhos votados á *morte prematura*, ás *enfermidades constitucionaes* e á *loucura*. Mas d'esta, a causa a invocar é ainda, como na hypothese dos casamentos consanguineos, a hereditariedade.

Condições dos paes durante a procreação. — Nem só as doenças, as anomalias e os vicios constitucionaes dos progenitores se reflectem na descendencia, preparando-a para a loucura. Circumstancias ha que, actuando

accidentalmente durante o coito e durante a gestação, originam em filhos de individuos sãos as mais graves tendencias psychopathicas. São ellas: a *edade dos paes*, o estado de *embriaguez* no acto da fecundação, os *traumatismos*, as *emoções deprimentes* e certas *doenças* no periodo de gravidez.

Dos amplexos *precoces* e *tardios* ou de individuos de *edades desproporcionadas* resultam frequentemente candidatos á loucura e mesmo alienados congénitos. «As uniões disparatadas, dizia Marcé, de raparigas com velhos, de rapazes com mulheres pouco frescas, de individuos de adiantada edade ou de incompleto desenvolvimento, são ferteis em deploraveis resultados. Nas aldeias são vulgares os idiotas gerados por mulheres que, tendo passado nas cidades, como creadas, os annos da juventude, regressam á terra e ahi conseguem, mercê de seductoras economias lentamente realisadas, casar-se com rapazes.»

A *embriaguez accidental* de um ou dos dois progenitores no momento da fecundação, sendo uma causa, ha muito reconhecida, de epilepsia no filho gerado, é-o tambem da loucura. O caracter essencialmente transitorio e ephemero d'este factor etiologico permitte explicar a apparição excepcional de um psychopatha entre irmãos absolutamente normaes.

Os *traumatismos* da mãe durante o periodo, por mais de um titulo melindroso, da gravidez, as *doenças* então soffridas, se ellas são, como as infecciosas, de natureza a modificar sensivelmente a qualidade ou a quantidade do sangue, a *insufficiente alimentação*, o *trabalho excessivo* e, na ordem moral, as *emoções depressivas* muito intensas ou muito prolongadas (dôres subitas por perdas de pessoas queridas, ciumes, receios de um mau parto, preoccupações economicas), constituem outras tantas causas de tendencia á loucura no producto gerado.

As anomalas condições do coito e da gravidez, juntando a sua funesta acção á da hereditariedade, explicam-

nos a contribuição verdadeiramente consideravel que dão á loucura os *filhos naturaes*, os *adulterinos* e, sobretudo, os *expostos*, casuaes productos da luxuria e da embriaguez.

Raça. — A influencia das raças sobre a producção da loucura é um assumpto muito imperfeitamente estudado.

Sabe-se que a alienação mental é de uma extrema frequencia entre os israelitas; mas é provavel que isso se deva attribuir menos á raça que ao preconceito religioso que os impede de contrahir casamento fóra do seu estreito grupo.

E' averiguado que a *paralysia geral* é muito rara entre os arabes e entre os negros.

Sexo. — E' impossivel affirmar com segurança que um sexo contribue mais do que outro para a loucura, porque as estatisticas dão resultados contradictorios nos differentes paizes e até em regiões diversas do mesmo paiz. De resto, facilmente se comprehende que a averiguação, n'um dado territorio, de maior numero de alienados homens ou mulheres está longe de provar que ao sexo masculino ou feminino caiba a responsabilidade exclusiva do caso, por isso que sempre se podem invocar para explical-o causas differentes, como as *profissões*, os *costumes*, os *habitos de vida*, e outras.

Em rigor os sexos, por si mesmos, não predispõem á loucura senão na medida em que se perturbam as funcções exclusivas ou ao menos preponderantes em cada um. Ora, tomadas as coisas d'este ponto de vista, é indiscutivel que o feminino implica um maior numero de condições favoraveis á eclosão da loucura que o masculino; ao passo que n'este, attento o predominio das funcções do cerebro anterior, se podem apenas contar como proprias as psychoses que resultam de *excessos intellectuaes*, no feminino devem contar-se todas as que dependem da *mens-*

truação, da *gravidez*, do *parto*, do *aleitamento* e da *menopause*.

Mas não é d'este angulo visual que a questão dos sexos se encara, quando se falla de predisposição á loucura: se ao sexo feminino se attribuem as doenças mentaes que resultam de condições organicas privativas, lançam-se no passivo dos homens as que derivam, em numero muito maior, de condições propriamente sociaes. E é isto o que faz confusão, tornando inutil o appello ás estatisticas.

O que parece averiguado é que os sexos contribuem diversamente para certas fórmas de alienação mental. Nas mulheres são mais frequentes a *melancolia anciosa* e a *loucura hysterica;* nos homens é consideravelmente mais vulgar a *paralysia geral*.

Edade. — A alienação mental attinge todas as edades; mas a loucura, no sentido proprio d'este termo, é uma doença da juventude e da edade adulta. Antes dos 20 annos as fórmas de alienação mental observadas reduzem-se á *idiotia*, á *imbecilidade*, á *demencia precoce*, mais rara, e á *paranoia originaria*, representada por um numero limitadissimo de casos. Depois dos **50 annos** observam-se a *demencia senil* e as *psychoses de involução*. E' entre os 20 e os 50 annos, pois, que apparecem de preferencia todas as outras fórmas, vesanicas, nevropathicas, toxicas e congestivas.

II. — CAUSAS EXOGÉNES

Externas; mesologicas; extrinsecas

Traumatismos. — A alienação mental é muitas vezes o effeito da exclusiva incidencia d'estas causas, o que facilmente se comprehende, considerando o numero, a extensão e a gravidade das lesões cerebraes que podem occasionar.

Muitos casos de *idiotia* têm origem em traumatismos soffridos antes do completo desenvolvimento psychico, algumas vezes mesmo durante o parto; então, hemorrhagias ou estados inflammatorios das meningeas e do cortex não só impedem a evolução futura do tecido cerebral, mas, destruindo-o em parte, annullam as acquisições já feitas. A sciencia consigna alguns casos de *paralysia geral* reconhecendo por causa traumatismos extensos do cerebro; e grande numero de *epilepsias* com demencia ou com accessos delirantes são indiscutivelmente o resultado d'este factor etiologico, a que se attribuem tambem alguns casos de *loucura moral*.

Nos predispostos hereditarios em busca de um pretexto para o delirio, a simples *commoção* que acompanha os traumatismos póde occasionar a loucura. Assim é que, seguidamente a ligeiros accidentes de caminho de ferro e a pequenas intervenções cirurgicas, se têm observado casos de *hysteria*, de *neurasthenia* e de *confusão mental* (*psychoses traumaticas*, dos allemães; *railway-spine* e *railway-brain*, dos inglezes).

Emoções subitas. — O desequilibrio cerebral determinado pela acção violenta e brusca de um successo emotivo (morte de um parente, catastrophe economica, incendio, injurias, etc.), é muitas vezes seguido de um estado de loucura, nomeadamente de *confusão mental*.

As emoções violentas são verdadeiros *traumatismos moraes*.

Insolação. — D'este factor de alienação mental deve aproximar-se *a acção dos grandes fócos de calôr* nas fabricas e nas officinas.

Segundo Luys, uma differença existe entre a influencia pathogénica da insolação e a dos grandes fócos de calôr nos estabelecimentos industriaes: a primeira d'estas causas produziria a doença *immediatamente*, ao passo que

entre a acção da segunda e o estado morbido que d'ella deriva, existiria um *periodo prodromico*, essencialmente caracterisado por *cephalêa*, sensação de *fadiga* e *inaptidão para o trabalho*.

Intoxicações. — A mais importante, dada a sua extrema diffusão, é o *alcoolismo*. Mas o *morphinismo* e o *cocaïnismo*, muitas vezes combinados, têm adquirido nos ultimos vinte annos uma extensão consideravel.

A acção nociva do *tabagismo* sobre a memoria é indiscutivel; mas não está averiguado que esta intoxicação conduza a fórmas caracterisadas de loucura.

O *saturnismo*, muito frequente nos pintores, merece ser mencionado.

A *pellagra*, intoxicação alimentar pouco observada entre nós, mas que tem na Hespanha e no sul da Italia uma diffusão notavel, constitue uma causa de loucura, as mais das vezes manifestada por *confusão mental*.

Não deixaremos de notar que, em muitos casos, as intoxicações não fazem senão denunciar tendencias morbidas, tributarias da hereditariedade. Lasègue dizia com razão: «Não é alcoolico quem quer»; e o mesmo póde repetir-se dos que se intoxicam pela morphina, pelo ether, pelo chloroformio ou pela cocaïna. São quasi sempre degenerados hereditarios, victimas de inclinações viciosas ou mesmo de *impulsos irresistiveis*.

Doenças infecciosas e constitucionaes. — Todas as infecções e todas as diatheses podem determinar a loucura, quer sob as fórmas transitorias de *mania*, de *melancolia* e, sobretudo, de *confusão mental* allucinatoria, apparecendo na convalescença, quer sob fórmas chronicas de extrema gravidade.

N'esta ordem de causas, a mais importante é a *syphilis*, que figura, senão sempre, como alguns psychiatras pretendem, ao menos frequentissimamente nos antecedentes dos paralyticos geraes.

Doenças nervosas. — Quaesquer que ellas sejam, organicas ou funccionaes, dos centros ou periphericas, as nevropathias constituem poderosissimas causas occasionaes da loucura. Mas têm entre todas um logar predominante as nevroses, sobretudo a *epilepsia* e a *hysteria*, o que facilmente se comprehende, notando que na grande maioria dos casos ellas não fazem senão traduzir accumuladas imperfeições ancestraes.

Em seguida, na ordem de frequencia, vem a *neurasthenia*, que é o prefacio de grande numero de doenças mentaes e que sobretudo predispõe aos delirios melancolicos.

As cerebropathias, as myelopathias e as nevrites preparam muitas vezes para as mais graves fórmas de alienação mental.

Climas e influencias telluricas. — Não é possivel determinar se a loucura é mais ou menos frequente nos climas quentes que nos frios ou temperados, porque, quando mesmo as estatisticas nos fornecessem numeros exactos, restaria sempre averiguar se esses numeros exprimiriam a simples e directa influencia climaterica ou apenas os resultados mediatos dos regimes diversos, impostos pela residencia em zonas torridas, muito frias ou de temperatura moderada. E' possivel que os perniciosos effeitos das altas temperaturas sejam contrabalançados pelo exagerado consumo de alcool que usa fazer-se nos climas excessivamente frios (Krafft-Ebing).

Influencias telluricas de natureza complexa e não completamente analysadas até hoje, pódem indirectamente produzir, alterando a organisação dos que as supportam, uma fórma endemica de insufficiencia mental: o *cretinismo*.

Estações. — A incerteza que existe sobre a acção dos climas, repete-se a proposito das estações.

O que está averiguado é que as entradas nos manico-

mios são mais frequentes nos mezes do estio; mas póde bem acontecer que o facto seja devido a que n'esses mezes, indiscutivelmente os de maior trabalho nos campos, as familias ruraes se vejam compellidas a sequestrar os seus membros feridos de alienação, não porque esta seja recente, mas porque na quadra estival os loucos constituem um mais poderoso obstaculo ao proseguimento dos trabalhos (Weigandt).

Civilisação. — A loucura augmenta das raças inferiores para as superiores, dos povos selvagens e barbaros para os cultos, das nações estacionarias para as progressivas, das povoações provinciaes para as cidades; é na raça branca, nos povos da Europa e da America, nos paizes mais avançados e nas grandes capitaes que ella attinge as maximas proporções.

D'este facto irrecusavel partiram os psychiatras para affirmar que a civilisação constitue uma causa predisponente da loucura. Apparentemente paradoxal, porque ao termo *civilisação* se liga a ideia de um incessante aperfeiçoamento humano, que a loucura contradicta, a affirmação dos psychiatras comprehende-se todavia muito bem, pensando que um tal aperfeiçoamento se não consegue sem uma lucta contínua, em que são muitos os vencidos.

Um povo que se civilisa é um povo que progride; mas, como todo o progresso é uma differenciação e toda a differenciação uma passagem do simples ao complexo, do indistincto ao distincto, do homogéneo ao heterogéneo, um povo que se civilisa é um povo que se complica sob alguns ou sob todos estes aspectos: scientifico, artistico, industrial, politico, juridico, moral e economico. Mas essa complicação representa sempre uma conquista, quer do homem sobre a natureza, como nas sciencias, quer do homem sobre o homem, como na moral e no direito, e implica duas ordens de esforços: os *creadores*, que ope-

ram a conquista no campo desinteressado da theoria, e os *conservadores*, que a mantêm e a applicam na pratica, explorando-a e aperfeiçoando-a n'um fim de utilidade.

Os esforços creadores são a obra de um restrictissimo numero de cerebros poderosamente organisados; são a funcção do genio. Os conservadores são a obra de um numero maior de mentalidades, ainda superiores; são a funcção do talento. Mas uns e outros pertencem nas sociedades a uma *élite* intellectual, que é, na realidade, a que progride, a que marcha, a que se differenceia, n'uma palavra, a que representa a civilisação quer da especie, quer de um paiz; a massa amorpha e indistincta, a multidão homogénea, o rebanho, tem apenas a fazer um esforço de *adaptação* que lhe permitta apropriar-se dos beneficios creados e mantidos por outros.

D'estas tres ordens de esforços, os creadores, sendo os mais fecundos, só excepcionalmente conduzem por si mesmos á alienação mental; todavia, o genio, de que elles procedem, é proximo parente da loucura (Moreau, Lombroso).

Realisados n'um intuito pratico e, portanto, nas condições de anciedade inherentes á concorrencia, os esforços de conservação predispõem frequentemente á loucura, se a não determinam mesmo em individuos portadores de taras psychopathicas.

Mas são os esforços de adaptação, apparentemente os menos energicos e menos importantes, que mais vezes preparam os desarranjos de espirito, pela razão evidente de que suppõem um conflicto constante de tendencias simplistas e inferiores com elevadas e mal comprehendidas necessidades sociaes. Os *inadaptados* (loucos e criminosos) são o inevitavel producto de todas as civilisações. E o numero dos primeiros cresce na medida em que as sociedades se democratisam, porque a accessibilidade da plebe ás carreiras liberaes, desconhecida nas civilisações antigas e nas que, como a chineza, se immobilisaram,

géra em muitos cerebros de estreita capacidade — cubiças, aspirações e sonhos que a cada instante desabam na lucta pela vida.

Religiões. — Na sua grande maioria os homens crêem ainda no sobrenatural, e a essa crença indiscutida subordinam os seus mais altos interesses moraes, como o prova a sobrevivencia de um grande numero de religiões disputando-se o dominio dos espiritos. E, se é certo que a fé tem diminuido na medida em que os conhecimentos experimentaes avançam e se difundem, não o é menos que o estado de emancipação scientifica por A. Comte denominado *positivo*, só plenamente o attingiram até hoje alguns cerebros excepcionalmente dotados. Os outros, ainda os melhores, conseguiram apenas lançar sobre as millenarias estratificações theologicas, accumuladas por herança, uma ténue camada, transparente e fragil, de noções scientificas incompletas. Tal, que nos dominios da physica ou da chimica se elevou á positividade, explica em biologia a origem das especies por um acto de creação; tal outro, que em biologia se expurgou de todas as ideias preconcebidas e indemonstraveis, é todavia espiritualista e providencialista no dominio dos estudos psychicos e sociaes.

E' que, precisamente nos pontos em que as estratificações mentaes da theologia são mais antigas e mais espessas, é mais recente e mais diaphana a camada evolutiva das noções scientificas.

Oppondo-se á marcha natural do espirito na direcção da positividade, as crenças religiosas constituem, pelo menos, um motivo de intimas e profundas luctas para os homens progressivos, na edade em que todos os conceitos são submettidos a uma analyse critica. Exageradas até se tornarem preoccupações dominantes, ellas preparam a loucura, quando não são mesmo uma denuncia da sua existencia.

Semerie sustentou, confirmando uma auto-observação de A. Comte, que na loucura o espirito passa do estado positivo ao theologico, percorrendo em sentido inverso o caminho da evolução normal. A observação clinica de alguns delirios mysticos em homens de sciencia completamente emancipados de concepções religiosas, conduz-nos a acceitar este modo de vêr, inteiramente concordante com o principio geral de que as ultimas acquisições mentaes são as mais instaveis e as que mais facilmente se perdem.

Guerras e revoluções. — Pela consideravel perturbação de interesses que occasionam, pela miseria de que se acampanham, pela fadiga dos cambatentes e, sobretudo, pelas fortes emoções que determinam — anciedade, terror, desespero, saudade dos mortos, a guerra e as revoluções devem contar-se entre os mais poderosos factores de alienação mental.

Abalando os espiritos e collocando-os em estado de equilibrio instavel, actuam como causas predisponentes; são, porém, determinantes, se incidem sobre individuos por qualquer motivo preparados para a loucura.

Um facto a notar é que a acção d'estes factores se não esgota nos individuos sobre que incide, antes se faz sentir ainda na geração immediata. As creanças geradas durante os periodos de grandes convulsões sociaes, nascem quasi sempre com um systema nervoso eminentemente vulneravel, senão mesmo francamente doentes. Em Paris, depois dos successos de 1870-71, o numero de idiotas augmentou de um modo sensivel; nos manicomios chamavam-lhes correntemente *les enfants du siège*.

Profissões. — Figuram em primeiro logar as que implicam um contacto muito repetido com substancias *toxicas*, como o chumbo, o alcool e o mercurio, por exemplo, (pintores, provadores de vinhos, extractores de hydrargirio).

Em segundo logar véem a profissão *militar* e as carreiras *scientifica* e *artistica* onde principalmente se recrutam os paralyticos geraes, os melancolicos e os obsessivos.

E' claro que para avaliar as profissões no ponto de vista da predisposição que ellas criam para a loucura, não basta considerar nas estatisticas o numero de alienados que cada uma fornece, mas esse numero em relação ao dos individuos que as exercem. Assim, n'um paiz preponderantemente industrial ou agricola, por exemplo, o numero de operarios ou de lavradores alienados será talvez maior que o fornecido pelas outras classes, sem que d'aqui se possa concluir que as manufacturas ou a agricultura preparem mais á alienação mental que as carreiras intellectuaes ou a profissão militar.

Estado civil. — As estatisticas de todos os paizes denunciam uma cifra muito maior de alienados solteiros e viuvos que de casados; e d'este facto se tem partido para affirmar que o *celibato* predispõe á loucura. Esta conclusão não nos parece inteiramente rigorosa.

Em face dos numeros estatisticos póde perguntar-se: nas relações entre o celibato e a alienação, qual é a causa e qual é o effeito? Por outros termos: a alienação resulta do celibato ou é este o resultado imposto por aquella?

Entre os alienados celibatarios ha muitos de edade inferior áquella em que o casamento se costuma ou se póde realisar; ha outros que são, como os idiotas, os imbecis e os fracos de espirito, doentes congénitos; emfim, ha não poucos que precocemente affirmam caracteres anti-sociaes e disposições repulsivas, que os tornam improprios para a vida de familia. E' evidente que para tirar das estatisticas uma conclusão desfavoravel ao celibato, seria necessario deduzir todos estes casos ao numero de alienados solteiros. Ora a verdade é que esse trabalho não foi ainda feito, nem nos parece inteiramente praticavel.

Se quizessemos julgar a questão pelo contingente que

fornecem á loucura, entre nós, os padres catholicos, teriamos de alliviar muito o celibato das responsabilidades que as estatisticas lhe conferem. Tal contingente é, na realidade, minimo.

Condições de fortuna. — Por toda a parte o numero de alienados ricos ou vivendo sem difficuldades é consideravelmente menor que o dos pobres e indigentes.

Mas não será licito, recordando o que dissemos a proposito do valor etiologico das profissões, ponderar que a multidão dos proletarios excede notavelmente, em toda a parte, a dos ricos e remediados?

Emoções depressivas. — Preparam ou produzem a loucura, sobretudo a *melancolia*, as dôres moraes de acção lenta, mas persistente, como o remorso, a saudade, o ciume resignado, o amor não retribuido.

Excessos sexuaes. — Os coitos muito repetidos, as praticas pederasticas e a masturbação sob todas as suas fórmas predispõem á loucura, mais pelas excitações nervosas de que se acompanham do que pelas perdas seminaes que occasionam.

O *onanismo*, exercendo-se sem cumplicidade e, portanto, mais facilmente que os outros meios de provocar o orgasmo venereo, merece uma especial menção. Muito vulgar na puberdade, elle é egualmente funesto nos dois sexos. Os repetidos abalos nervosos de que as praticas solitarias se acompanham, principiam por determinar grandes perturbações na vida vegetativa: digestões penosas, palpitações cardiacas, difficuldades de micção, anorexia e emagrecimento; depois vêm a fraqueza progressiva da memoria, a tristeza, a falta de iniciativa para o trabalho. Assim se cria a predisposição psychopathica.

Convem todavia notar que os excessos sexuaes, sobretudo os que implicam manobras solitarias ou depen-

dem de perversões do instincto genesico *(pederastia, homosexualidade)*, resultam frequentemente de vicios ancestraes, hereditariamente transmittidos. Na parte consagrada á nosologia estudaremos este assumpto com o desenvolvimento que elle comporta e exige.

Cumpre tambem observar que os excessos sexuaes não poucas vezes são antes effeitos que causas da loucura; assim acontece, por exemplo, nas demencias paralytica, senil e precoce, que, nos seus periodos iniciaes frequentemente se caracterisam por um erethismo sexual exagerado, conduzindo a toda a sorte de abusos.

Educação. — E' uma importante causa exogéne da loucura, pela direcção viciosa que lhe imprime o empirismo cego das familias e dos preceptores. O termo, seja dito desde já, é aqui tomado no seu sentido generico e mais largo, designando não só a direcção affectiva e moral, mas a intellectual e a physica.

Sob o ponto de vista moral, ha dois systemas oppostos de educação, muito adoptados, mas egualmente viciosos: um, exageradamente livre, que abandona aos conflictos deprimentes da existencia o individuo na edade em que lhe falta a força interior de combate e o poder intimo de reflexão para apreciar e dirigir as proprias inclinações; outro, superlativamente sevéro e prohibitivo, que pretende reduzir o individuo a moldes convencionaes e prestabelecidos, suffocando-lhe a natural expansão das tendencias e affectos por castigos, que provocam o terror e geram os pusilanimes, os hypocritas, os acomodaticios.

No ponto de vista intellectual, a lucta pela vida, cada vez mais aspera, tem originado um systema educativo dos mais perniciosos: no desejo indisciplinado e sôffrego de que as novas gerações se preparem rapidamente para a conquista de uma posição social lucrativa ou elevada, paes e mestres, de mãos dadas, submettem as creanças e os adolescentes a um trabalho exagerado, pela cultura intempes-

tiva da grammatica, da historia, das sciencias. Este systema absurdo, oppondo-se ás leis naturaes da evolução individual, produz ás vezes os pequenos prodigios de salão, que satisfazem a vaidade dos educadores; mas a fadiga cerebral e uma precoce depressão de todas as forças creadoras do espirito, raro deixarão de ser a consequencia da sua irracional adopção. O que succede em casos menos desfavoraveis, é que, não podendo *comprehender*, a creança *decóra;* e d'este modo se cria um deploravel desequilibrio mental pela subordinação á memoria, que se exagera, das mais altas funcções do espirito, que se atrophiam.

Assim viciosamente educado nas escólas primaria e secundaria, o alumno penetra nas superiores quasi desarmado, sem originalidade e sem espirito critico, de sorte que o estudo, cada vez mais difficil e mais penoso, se lhe torna uma *corvée* esmagadora.

Digamos de passagem que o remedio a estes males, o têm procurado alguns psychiatras na diminuição das exigencias escolares, seguindo na esteira de Hack Tuke, que ha mais de vinte e cinco annos pediu n'um congresso de alienistas que se moderassem as difficuldades dos cursos de medicina, que já então lhe pareciam excessivas. Affigura-se-nos ingénuo este modo de vêr que, uma vez adoptado, necessariamente implicaria uma incompleta e imperfeita habilitação profissional, o peior de todos os males. As sciencias marcham, complicam-se, e reclamam por isso um inevitavel accrescimo de esforços. Diminuil-os sob pretexto de que fatigam o alumno, parece-nos uma pretenção simplista. O unico remedio é alongar os cursos difficeis para que o trabalho alterne com o repouso. A'quelles a quem esses cursos pareçam demasiadamente longos, fica o incontestavel direito de os não seguirem, preferindo cursos mais breves, embora de resultados apparentemente menos brilhantes. Só assim, crêmos nós, poderia conseguir-se o exterminio desse *proletariado in-*

tellectual, de que em todos os paizes deriva um progressivo contingente de suicidas e de loucos.

A educação religiosa, visando a incutir crenças indemonstraveis e emoções particularistas em edades nas quaes o senso critico é tão impossivel quanto a credulidade é absoluta, representa, antes de tudo, na ordem moral um crime analogo ao que na ordem juridica se chama *abuso de confiança*. O educador não tem, nos dominios da intelligencia, o direito de impor uma fé, mas apenas o de ministrar noções susceptiveis de prova, como, no terreno affectivo e moral, não tem senão o direito de evocar e dirigir sentimentos de sociabilidade, indispensaveis á vida collectiva. Impôr uma crença religiosa (e inculcal-a ou suggeril-a á infancia o mesmo é que impol-a), significa desviar o espirito da sua evolução natural do estado theologico para o estado scientifico; por outro lado, determinar emoções religiosas, é crear o estado affectivo da intolerancia, que sempre caracterisou as seitas, mysticas ou politicas, e contribuir, portanto, para a insociabilidade. Ninguem tem o direito de praticar esta dupla monstruosidade, como ninguem tem o direito de ankylosar uma articulação, de atrophiar um musculo, de impedir ou desviar a funcção de um orgão. Os que invocam a liberdade para ministrar na escóla o ensino religioso, esquecem-se de que esse fundamental direito não é illimitado, antes acaba no momento em que o seu uso por parte de um homem implica um obstaculo ao desenvolvimento natural d'outros homens.

O menor dos perigos da educação religiosa é crear nos espiritos uma serie de phantasmas intellectuaes e de tendencias emotivas, cujo combate na juventude ou na edade madura importa um exhaurimento profundo e um desequilibrio nervoso muito longo.

Na hypothese desfavoravel de uma predisposição psychopathica, esse combate é muitas vezes um ponto de partida para a alienação mental, de que temos observado

alguns casos caracteristicos sob a fórma obsessiva e melancolica.

A educação physica póde ter uma influencia benefica ou nociva sobre a evolução mental, segundo institue exercicios visando um harmonico desenvolvimento, esthetico e hygienico, do corpo, ou, pelo contrario, a hypertrophia muscular que caracterisa os athletas, de ordinario tão fortes como estupidos e barbaros.

Contagio moral. — As epidemias religiosas, espiritas, suicidas e criminaes põem fóra de toda a contestação a existencia de um contagio psychico.

Directo, umas vezes, como nas communidades (conventos, collegios, hospitaes, associações), em que o agente provocador vive com os imitadores, indirecto, outras, como quando a acção perturbadora é transmittida pela imprensa, o contagio psychico reduz-se, no fundo, a um modo de suggestão.

As condições que o tornam possivel no caso de loucura, são: um *convivio* muito intimo entre suggestionador e suggestionado e uma sensivel *inferioridade mental* d'este em relação áquelle. O louco suggestionador, agente contagiante ou activo, é, em regra, um *paranoico* intelligente, fazendo um delirio de perseguições ou de grandezas, não muito absurdo; o louco suggestionado, agente passivo, é de ordinario um *fraco de espirito* que assimilla e repete esse delirio. Como no contagio virulento, ha pois no contagio psychico dois elementos a considerar: o agente pathologico e o terreno sobre o qual incide. Um só não basta; e isto explica porque o pessoal assistente dos manicomios conserva a sua integridade mental, a despeito de longos annos de convivio intimo com alienados, ao passo que nas familias se encontram com relativa frequencia os casos de loucura communicada (*folie à deux*, dos auctores francezes.

Prisão cellular.— A importancia d'esta causa tem sido muito diversamente apreciada.

Alguns psychiatras descreveram sob o nome de *loucura penitenciaria* uma varidade de alienação mental, que attribuem a este systema carcerario; outros consideram essa loucura um producto imaginario, não admittindo que o isolamento cellular tenha qualquer acção perturbadora, a não ser sobre os predispostos de consideraveis taras.

Marcé e Baillarger, estudando a influencia das prisões sobre o estado mental dos condemnados, chegaram ás seguintes conclusões: 1.ª entre os condemnados loucos ha alguns que já o eram antes da sequestração; 2.ª muitos crimes e delictos são perpetados no periodo de incubação da loucura; 3.ª entre os prisioneiros, muitos são fracos d'espirito, degenerados e candidatos á loucura confirmada. Ferrus affirmava *nunca ter visto um caso de alienação mental devido exclusivamente ao desespero da prisão*. Voisin, n'um largo estudo sobre os condemnados dos estabelecimentos penitenciarios belgas, chegou á conclusão de que o *regime cellular não produz maior numero de casos de loucura* ou de tendencnas suicidas *que os carceres communs*. Sauze, tendo procedido a uma rigorosa observação clinica de cada um dos casos occorridos durante dois annos na Penitenciaria de Marselha, de que foi medico, verificou que nenhum podia ser imputado ao regime cellular. E accrescentou mesmo: «As causas da loucura são, em geral, independentes da prisão, qualquer que seja o systema seguido».

Entre os auctores allemães podemos citar como inteiramente favoraveis a este modo de vêr, Naecke, Bar, Rüdin e Aschaffenburg. Este ultimo, depois de ter notado que as psychoses observadas nos carceres têm principalmente por causa o *alcoolismo* e a *epilepsia*, nota que ha casos em que as mais cuidadosas investigações não permittem achar indicios de loucura em epocha anterior ao crime

e, portanto, á prisão; escreve porém: «O que ha n'isto de importante é que a frequencia de casos d'esta ordem foi attribuida ao isolamento excessivo do systema cellular; e assim uma tão benefica disposição do nosso regime penal viu-se ameaçada de perigo. Mas a experiencia ulterior demonstrou, senão a absoluta falta de fundamento, pelo menos a pouca importancia de taes receios».

A descripção da pretendida *loucura penitenciaria* é tudo quanto ha de mais vago e de mais contradictorio nos auctores.

A tendencia geral, a que nos associamos, é para considerar que na génese da loucura observada nos carceres, quer communs, quer penitenciarios, o papel principal é representado pelos factores individuaes ou endogénes. E, de facto, na sua grande maioria, os criminosos e sobretudo os condemnados a penas graves são degenerados hereditarios, viciosos, de uma organisação imperfeita e, portanto, candidatos congénitos á loucura. A prisão, cellular ou collectiva, poderá ser para esta, quando muito, um *pretexto*.

A investigação das causas que acabamos de passar em revista, constitue uma parte do que em clinica psychiatrica se chama o *exame indirecto* ou *anamnestico;* a outra parte é constituida pelos informes colhidos sobre a marcha da doença mental.

Emquanto etiologico, o exame anamnestico é, pois, historico-genético (Morselli), e abrange dois pontos essenciaes: a *historia ancestral* ou da familia (hereditariedade), e a *historia individual* ou do doente, sob o ponto de vista do seu estado psychico antes e depois da incidencia das causas pathogenicas (endo e exogénes).

CAPITULO II

SYMPTOMATOLOGIA

A alienação mental revela-se por duas ordens de phenomenos: *psychicos* e *somaticos*.

Em regra, os mais importantes e os que de preferencia se investigam na exploração do doente, são os primeiros; não faltando nunca e sendo muitas vezes os unicos observaveis em determinados periodos das psychoses, só elles verdadeiramente interessam ao seu diagnostico. Todavia, ha casos numerosos em que os phenomenos psychicos e somaticos se combinam tão intimamente e são de tal maneira solidarios que é impossivel dissocial-os sem romper a unidade clinica das doenças; n'estes casos, tão importantes são uns como os outros, porque é sobre o seu conjuncto que o diagnostico tem de assentar.

Que os symptomas psychicos, tambem chamados *mentaes* ou *subjectivos*, sejam em geral os mais importantes na loucura, é o que facilmente se comprehende, pensando que esta não é tal senão porque constantemente implica uma alteração do *pensamento*, da *affectividade* e do *caracter* (Morselli). Mas que, em muitos casos, os symptomas somaticos, chamados tambem *physicos*, tenham uma importancia egual á dos psychicos, é o que não menos facilmente se percebe, considerando que a alienação mental é a doença de um orgão que não só executa as superio-

res funcções conscientes, mas preside a todas, trophicas e de relação.

Os symptomas psychicos podem repartir-se em tres sub-grupos, correspondentes aos dos phenomenos normaes da consciencia: d'ordem *affectiva*, d'ordem *intellectual* e d'ordem *volitiva* ou *psycho-motora*.

Por seu turno, os symptomas somaticos dividem-se em tres sub-grupos: os *relacionaes*, interessando a sensibilidade e a motricidade, os *morphologicos*, respeitando as fórmas e os *organicos* ou *trophicos*, referindo-se á vida nutritiva.

As perturbações da linguagem, por isso que podem reconhecer uma dupla origem, psychica e somatica, têm de ser estudadas nos dois grupos.

O seguinte quadro permitte abranger facilmente as divisões e sub-divisões, geralmente admittidas, dos symptomas:

I. Psychicos	A. Affectivos B. Intellectuaes C. Psycho-motores D. Complexos E. Expressivos
II. Somaticos	A. Relacionaes B. Organicos C. Morphologicos D. Expressivos

Como a proposito da divisão das causas em predisponentes e determinantes, notaremos que a dos symptomas em psychicos e somaticos está longe de ser irreprehensivelmente exacta, e apenas merece manter-se como artificio de exposição. Em rigor, declarando psychicos ou somaticos uns certos symptomas, o que exprimimos é que de preferencia consideramos um dos aspectos, consciente ou physiologico, por que elles podem ser encarados. Assim, as *anesthesias* e *hyperesthesias*, por exemplo,

pertencem á ordem psychica, emquanto factos subjectivos; emquanto symptomas mensuraveis e tributarios de lesões, pertencem á ordem physiologica.

Chamam-se *syndromas* os agrupamentos naturaes, indissoluveis e constantes de symptomas; taes são, por exemplo, a *excitação*, a *depressão*, a *demencia*.

Os syndromas constituem verdadeiras syntheses clinicas, mais ou menos avançadas, cuja constatação nos aproxima do diagnostico; d'aqui a sua importancia e a necessidade de os considerar em seguida aos symptomas, que são apenas elementos analyticos das especies ou fórmas nosologicas da loucura.

I. — SYMPTOMAS PSYCHICOS

A.— De ordem affectiva

Hyperesthesia psychica dolorosa.— A *dôr moral* exagerada constitue um dos symptomas mais frequentes da loucura. Acompanhando algumas psychoses durante toda a sua evolução (melancolia), caracterisa certos periodos d'outras (loucura periodica), apparece mais ou menos episodicamente em muitas (paralysia geral de fórma depressiva, intoxicações, loucuras ligadas a nevroses), e figura no periodo prodromico da grande maioria (Guislain, Griesinger). A nossa experiencia conduz-nos a consideral-a o mais geral dos symptomas.

A dôr moral é muitas vezes o effeito de perturbações organicas, a synthese de sensações morbidas internas, a consciencia de uma diminuição do sentimento corporeo; então, forma-se lentamente, é mais ou menos vaga e reveste o caracter chronico do *tedio*, do *desalento*. Outras vezes surge subitamente como effeito de um successo perturbador (morte repentina de um amigo, catastrophe financeira, decepção n'um concurso), ou de uma ideia obsessi-

va (Schüle); então, tem um caracter agudo, bem definido, e merece o nome de *psychalgia* (Krafft-Ebing).

As relações da hyperesthesia psychica dolorosa com os delirios, que umas vezes precede *(hyperesthesia primitiva)* e a que, outras, succede *(hyperesthesia consecutiva)*, serão estudadas na segunda parte.

Euphoria. — O exagerado sentimento de *prazer moral* é um symptoma menos frequente. Acompanha certas variedades da *paralysia geral*, da *mania* e da *paranoia*. N'estes dois ultimos casos succede quasi sempre a um prévio estado de hyperesthesia dolorosa.

Como a dôr, o prazer moral pathologico póde ser o effeito e a synthese consciente de alterações organicas (mania, paralysia geral de fórma expansiva), ou reconhecer uma origem intellectual (transformação delirante na paranoia).

Desde a simples *satisfação de viver*, não motivada em circumstancias mesologicas, até ao *optimismo illimitado*, ha toda uma série de graus intensivos n'este symptoma.

As relações d'elle com os delirios, que umas vezes precede *(euphoria primitiva)* e que outras segue *(euphoria consecutiva)*, serão examinadas na segunda parte.

Anesthesia psychica. — A incapacidade absoluta para a dôr e para o prazer moraes é um symptoma pouco frequente.

Esta situação affectiva observa-se apenas em casos de *idiotia* ou de adiantada *demencia*.

Anesthesia psychica dolorosa. — Por esta expressão paradoxal se designa o symptoma, que na melancolia se observa, da *falta de accentuação emotiva das sensações e das ideias* (Schüle). O doente percebe, recorda, fórma juizos, raciocina, experimenta sensações e distingue-as,

mas os seus pensamentos e as suas sensações, internas ou externas, não são *agradaveis*, nem *penosos:* falta-lhes a *tonalidade*, são *indifferentes*.

Até aqui, a anesthesia. No emtanto, a consciencia d'esta situação, comparada com a do periodo normal, que a memoria conserva, é penosa; e n'isto consiste a dôr, que reveste um caracter *angustioso*. Sentir que se não sente, é um tormento incomparavel. O doente *julga-se* vivo e *sente-se* morto, *considera-se* mortal, mas *sente-se* immortal, distingue o doce do amargo, a luz da treva, o quente do frio, mas nenhuma d'estas sensações é agradavel ou penosa; observa-as e tem consciencia d'ellas, mas como de puras abstracções.

Este symptoma toma um grande relêvo na *melancolia anciosa* (Cotard, Séglas).

Exagero de emotividade. — Este symptoma observa-se no estado mental dos affectados de nevroses, sobretudo *neurasthenicos* e *hystericos;* mas a sua maxima frequencia dá-se nas *demencias* consecutivas a lesões grosseiras do cerebro, em que é constante e se impõe á observação mais desprevenida. Os doentes d'este grupo choram com a facilidade das creanças.

Perversões affectivas. — Nada mais frequente que o *desvio de affectos* nos alienados. As pessoas da familia e os amigos mais intimos são, em regra, as primeiras victimas d'este desvio, que faz da sympathia aversão e da benevolencia hostilidade. Em favor de um egoismo que se hypertrophia, as affeições diminuem ou pervertem-se, como se observa principalmente na *melancolia*, na *paranoia* e na *demencia senil*.

Mudança de caracter. — E' um symptoma complexo que caracterisa mais ou menos accentuadamente o periodo prodromico de todas as alienações.

A's modalidades habituaes por que um espirito se distingue, succedem no doente modalidades oppostas. A' serenidade succede a *cólera*, á alegria a *inclinação para a tristeza*, á paciencia a *irritabilidade*, á previdencia o *abandono* de todos os cuidados da vida, á lealdade a *hypocrisia* ou a *dissimulação* e a *desconfiança*. Os habitos de vida seguem a mesma transformação. O doente passa da economia á *prodigalidade*, do viver tranquillo de familia ás viagens, á frequencia dos theatros, dos passeios, dos cafés; da moderação sexual passa aos *excessos* ou de uma intensa vida genital á *frigidez*.

A fórma da loucura que se inicía por este symptoma complexo, determina, em regra, o sentido em que a alteração se realisa.

B.- De ordem intellectual

Perturbações da attenção.— Preliminar indispensavel de todas as operações intellectuaes, a *attenção* é umas vezes *expontanea*, outras *reflectida*. No primeiro caso representa uma tendencia natural do espirito e exerce-se sem esforço, por sollicitações sensoriaes ou sensitivas; assim, é expontanea a attenção que se presta a um objecto intensamente colorido, a um som harmonioso ou estridente, a um aroma forte, a uma dôr. Quando reflectida, a attenção exerce-se com um tal ou qual esforço, ao menos no principio, é dirigida por nós e depende de uma sollicitação intima, creada por processos educativos; tal é a que prestamos voluntariamente a um problema scientifico, a uma obra de imaginação, ao proprio curso das nossas ideias. A attenção reflectida procede da expontanea por artificios de educação; sem a attenção expontanea, a reflectida sería radicalmente impossivel.

Da energia da attenção expontanea depende o desenvolvimento que tomará um dia a attenção reflectida ou voluntaria, sempre mais penosa na creança e no homem

sem educação do que no adulto e no individuo educado. Refere Darwin que um exhibicionista de *animaes sabios* lhe explicára que fazia nas collecções zoologicas a escolha dos seus exemplares, explorando-lhes o poder de attenção; individuo desattento não lhe servia, porque não era susceptivel de educar-se.

A precocidade da attenção expontanea é o mais seguro indicio de uma feliz evolução intellectual; o seu tardío apparecimento caracterisa sempre os intendimentos limitados e pouco maleaveis. Processos educativos consistindo essencialmente em crear *interesses mentaes* que substituam os estimulos d'ordem sensorial ou sensitiva, transformam a attenção expontanea em reflectida.

No fundo, a attenção não é um acto propriamente intellectual, como se suppõe, mas uma *tendencia* que se exerce nos dominios da comprehensão; ella está para o intendimento como o impulso para a vontade. Uma tendencia cega á acção é um *impulso*, um *instincto;* uma tendencia orientada por uma ideia é um *desejo*, uma *aspiração*. Do mesmo modo a tendencia natural a comprehender, é attenção expontanea; essa tendencia dirigida n'um determinado sentido e posta ao serviço de interesses superiores e complexos, artificialmente creados, é attenção reflectida. Esta é, pois, não o acto de uma pretendida faculdade intellectual, mas uma tendencia, governavel e dirigivel, a conhecer.

Estas summarias considerações psychologicas permittem comprehender a importancia e o valôr dos symptomas a estudar.

Uma consideravel *deficiencia da attenção reflectida* caracterisa invariavelmente as suspensões do desenvolvimento psychico (idiotia, imbecilidade, fraqueza d'espirito); e a mesma attenção expontanea é deficiente e frouxa n'estes casos.

Um *facil* e *rapido exhaurimento* da attenção é symptoma constante da *demencia*, cujos progressos acompa-

nha; quanto mais esta avança tanto mais depressa a attenção se fatiga. Este mesmo symptoma é ainda constante nas alienações de base neurasthenica; mas não tem então o caracter progressivo e irreparavel que reveste no caso anterior.

A attenção saltuaria, mudavel, *difficil de fixar-se*, é um symptoma que, em maior ou menor grau, acompanha sempre a *confusão mental.*

A attenção *excessivamente concentrada e exclusiva* é um symptoma da *melancolia*, da *paranoia* e da *loucura obsessiva.* Estimulos internos, d'ordem emotiva ou ideativa, fixam e absorvem tão fortemente a attenção do alienado que só uma parte d'ella, muito insignificante, fica reservada a sollicitações d'outra natureza. A lesão é aqui, como se vê, da attenção reflectida ou voluntaria, e só d'ella; em rigor, não ha deficiencia de attenção, mas impossibilidade por parte do doente de a dirigir.

Na pathologia especial estudaremos pormenorisadamente estas perturbações, que o exame clinico ensina a distinguir e que já Esquirol resumira, dizendo que a attenção é *deficiente* no idiota, *fugitiva* no maniaco, *concentrada* no melancolico e *difusa* ou *vaga* no demente.

Perturbações da memoria. — Na sua accepção mais geral, a memoria não é uma funcção psychica, mas physiologica. Com effeito, cada orgão tem a sua memoria, porque, executado um acto sob a influencia de um estimulo, a disposição a reproduzir com facilidade crescente o mesmo acto sob a incidencia do mesmo estimulo, subsiste.

A memoria psychica é apenas um caso particular da memoria physiologica, e suppõe dois elementos distinctos e essenciaes: a *conservação* de um facto percebido e a sua *evocação.* O segundo d'estes factos não póde, evidentemente, existir sem o primeiro: não se póde evocar o que se não conserva. Mas o primeiro sem o segundo não

tem valor pratico: conservar um facto que não póde evocar-se, equivale a não o conservar. Só o conjuncto dos dois elementos, passivo e activo, de conservação e de evocação, constitue a memoria no seu sentido restricto de funcção intellectual.

Um terceiro elemento, não essencial, comquanto importante, consiste na *localisação temporal* do facto evocado. Quando se recorda uma percepção, é inevitavel a sua referencia ao passado; essa referencia, porém, só é perfeita e implica um *reconhecimento completo*, quando se precisa no tempo, collocando-se a percepção evocada — antes, ao lado ou depois de outras percepções. A *localisação espacial*, quando se trata de percepções complexas, augmenta ainda a precisão do reconhecimento.

As perturbações de memoria podem incidir sobre qualquer d'estes elementos psycho-physiologicos.

São de quatro ordens as que nos importa considerar: a *amnesia* ou falta; a *hypomnesia* ou deficiencia; a *hypermnesia* ou excesso; e a *paramnesia* ou perversão.

A differença estabelecida entre amnesia e hypomnesia é mais theorica do que pratica, por isso que esta se reconhece e diagnostisa por aquella: não póde, com effeito, apreciar-se a deficiencia da memoria senão pelas suas faltas ou lacunas.

Poderiamos, em rigor, conservar o termo de *hypomnesia* para designar uma fraqueza geral, congénita ou adquirida, da memoria, como se dá nos idiotas e dementes, reservando o de *amnesia* para indicar propriamente os hiatos ou ausencias, sempre limitados, da mesma funcção, taes como se realisam nos epilepticos, nos hystericos, nos traumatisados e nos alcoolicos, por exemplo. No caso da hypomnesia, o elemento interessado sería o passivo, o de conservação; no caso de amnesia, esse elemento sería, sobretudo, o activo, o de evocação. Seja porém como fôr, o interesse pratico reside na amnesia, symptoma dos mais vulgares na alienação mental.

A amnesia póde considerar-se em relação á sua *marcha* e á sua *extensão*.

Relativamente á marcha, a amnesia é *transitoria*, como a que acompanha as *crises epilepticas*, ou *permanente* e, de ordinario, *progressiva*, como a que tem logar na *demencia*.

A amnesia transitoria póde ser *intermittente*, como a que se liga ás crises de *epilepsia* e de *hysteria*, ou *periodica*, se abrange os factos de uma phase normal do individuo, mas respeita os das phases anormaes similares, como acontece no *somnambulismo hysterico* e nos *desdobramentos da personalidade*. N'estes casos, os estados normaes ou *primeiros*, que designaremos na sua successão intermittente por *a*, *a'*, *a''*..., são esquecidos nos estados anormaes ou *segundos*, que os interrompem e que designaremos por *b*, *b'*, *b''*...; mas o estado anormal *b* é lembrado nos estados *b'*, *b''*..., do mesmo modo que *a* é lembrado em *a'*, *a''*...

Em relação á marcha, a amnesia póde ainda ser *subita*, como na *epilepsia*, na *hysteria* e nos *choques traumaticos*, ou *insidiosa*, como a que se installa na *demencia* e na *paralysia geral*.

Quanto á sua extensão, a amnesia é *completa*, se abrange todos os factos de um certo lapso de tempo, ou *incompleta*, se d'elles respeita alguns, que ficam na memoria, como em certos delirios hystericos, á maneira de fragmentos ou retalhos desconnexos de sonho.

A amnesia diz-se *systematica*, se abrange, não todas as percepções de um periodo normal da vida, mas exclusivamente as de uma certa cathegoria (Morselli). Assim, das quatro ordens de percepções ou imagens que se referem á palavra (auditivas, visuaes, motoras de articulação e graphicas), póde perder-se apenas um grupo, realisando-se assim os casos de surdez e cegueira verbaes, de aphasia e de agraphia.

Nos choques cerebraes que determinam syncopes,

succede que a amnesia não abrange apenas os factos occorridos durante a phase de inconsciencia, mas alguns factos proximos, anteriores ou ulteriores; d'aqui as fórmas *retrograda* e *anterograda* da amnesia.

Muitas vezes dá-se, como nos traumatismos, a amnesia *retro-anterograda*, em que se observa a perda de factos anteriores e ulteriores ao choque.

As *hypermnesias* são perturbações da memoria, em que o elemento interessado é o da evocação. O doente, em verdade, não retem mais facilmente, nem conserva por mais tempo as acquisições novas do que no estado normal; é, porém, capaz de evocar factos remotos, que em saude seriam para elle como não existentes. As hypermnesias observam-se na *mania* e, mais evidentemente ainda, nos periodos iniciaes dos *delirios febris*.

As *paramnesias* podem apresentar-se (Morselli) sob tres formas diversas: recordações absolutamente falsas; recordações parcialmente verdadeiras, mas em que os factos são deturpados nas circumstancias que os revestem; emfim, recordações exactas, mas mal localisadas no tempo. São de uma interpretação difficil os casos da primeira cathegoria, em que o doente refere ao passado acontecimentos que no momento phantasia ou impressões que recebe no presente; o *falso sentimento do já percebido*, muito estudado ultimamente pelos psychologistas, espera ainda uma explicação ao abrigo de controversias.

Entre as paramnesias por errada localisação no tempo, devemos mencionar a *ecmnesia* (Pitres), que consiste na revivescencia, como presente, de um passado mais ou menos remoto. Observa-se sobretudo na *hysteria* e na *confusão mental*.

Perturbações da percepção.— No estado normal, para que uma percepção se realise é necessario:

—que um objecto estimule um orgão (*impressão sensitiva* ou *sensorial);*

— que um nervo exporte d'esse orgão ao cerebro o abalo produzido pelo estimulo *(conducção centripeta);*

— que no cerebro a impressão seja recebida e se torne consciente *(sensação bruta);*

— que esta sensação se relacione com sensações anteriores, conservadas na memoria *(reconhecimento)* e seja referida ao não-Eu ou mundo externo *(objectivação)*, complicando-se e intellectualisando-se por este modo *(sensação differenciada);*

— emfim, que esta seja considerada o effeito da presença actual de um corpo occupando um determinado espaço *(convicção experimental da realidade).*

A percepção exige todo este complexo condicionalismo e só póde affirmar-se quando elle se realisa integralmente.

Os psychologos não distinguem, de ordinario, a sensação differenciada da percepção; todavia os dois factos não devem confundir-se, como adiante veremos.

Os tres primeiros phenomenos — impressão recebida, sua transmissão centripeta e sua recepção no cerebro, são d'ordem physiologica e bastam para condicionar o facto psychico da *sensação bruta.*

Um som que eu oiço e um cheiro que me affecta, mas que não sei classificar, que não intégro no quadro dos sons ou cheiros recebidos antes e conservados como imagens, que não reconheço e que não sei se são modalidades subjectivas ou phenomenos de origem externa, constituem sensações brutas. Pertencem naturalmente a este grupo todas as primeiras sensações do recemnascido, como as que, adultos, recebemos nos momentos fugitivos do ardormecer e do acordar. N'estes momentos a intensidade minima da consciencia não nos permitte o *reconhecimento*, que é um acto comparativo, nem a *objectivação*, que é um acto critico e de raciocinio, embora rapido. Collocado no ponto liminal da consciencia, a sensação é um phenomeno vago, diffuso e isolado, o modo de ser

de uma individualidade que se confunde com elle (Condillac), porque não tem outros que lhe sirvam de ponto de reparo.

Mas, se eu *reconheço* o som como sendo de um sino ou de uma flauta, por exemplo, e o cheiro como sendo de uma rosa ou de um jasmim, e se os reporto a esses corpos como suas qualidades *(objectivação)*, tenho então *sensações differenciadas*.

Estas são, como se vê, *connotações* (Spencer), *integrações* (Ardigó), ou *engrammas* (Semon).

Com ellas se confundem as *percepções*, na linguagem da maioria dos psychologos. No emtanto, as imagens mentaes de tão grande relêvo e intensidade que apparecem ao meu espirito como objectivas, *sabendo eu que o não são*, differem das imagens ou representações que eu *tenho a convicção de corresponderem a objectos presentes*, occupando um determinado espaço, real e effectivo. E essa differença é precisamente a que distingue da sensação differenciada a percepção. Se eu vejo em vigilia e d'olhos abertos um amigo morto, sentado em face de mim n'uma cadeira, com um certo fato e n'uma dada attitude, mas sei que esse amigo não é senão uma insubsistente imagem do meu cerebro sobreexcitado pela febre, pelo alcool ou pelo opio, eu tenho uma *sensação differenciada*, porque *vejo*, quer dizer *reconheço* e *objectivo;* mas não tenho uma *percepção*, porque, alongando os braços para o amigo, não o tóco, não recebo as sensações de resistencia, de relêvo tactil e outras que elle me daria, se fosse real e occupasse um logar effectivo no espaço.

A percepção é, pois, alguma coisa mais que a sensação differenciada; é esta sensação, contraprovada e verificada pela experiencia (Ardigó, Taine).

A producção das *sensações brutas* depende exclusivamente da actividade de *centros sensoriaes*, de conhecida localisação cortical (fig. I); mas a das sensações differenciadas e das percepções exige tambem o concurso func-

cional de *centros representativos* e *ideativos*, ainda hoje não descobertos, mas cuja existencia se nos impõe.

Pensaram até não ha muito psychologos e physiologistas que sensações e imagens mnemonicas tivessem no cerebro a mesma séde (Bain, Tamburini), incumbindo a determinadas zonas corticaes o duplo trabalho de produzir as primeiras e conservar as segundas, que d'ellas não seriam senão uma sorte de exacta repetição. E n'esta ordem de ideias se formulou, depois da descoberta dos centros sensoriaes, uma theoria de percepção normal e

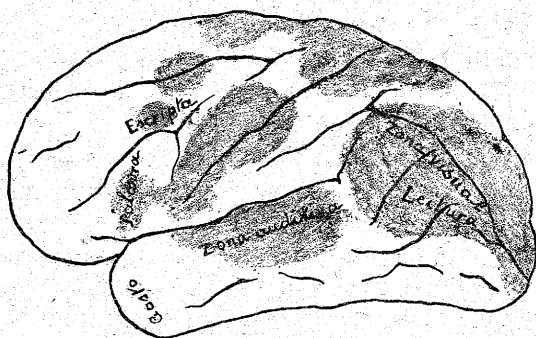



Fig. 1

pathologica a que serviu de base exclusiva a actividade d'estas zonas differenciadas do cortex (Tamburini).

Parecendo corresponder a todas as exigencias de interpretação, essa theoria foi geralmente admittida até hoje, embora Luys, por parte dos physiologistas, e Taine, do lado dos psychologos, tivessem sentido a necessidade, ao primeiro suggerida pela anatomia e ao segundo imposta por uma subtil analyse psychologica, de dar ás sensações e ás imagens mnemonicas localisações distinctas. Todavia, graves objecções á theoria cortical de Tamburini só muito recentemente surgiram.

Vejamos rapidamente o que os factos nos ensinam a este proposito.

Psychologicamente, as distincções entre sensações e imagens mnemonicas são numerosas e profundas:

— Emquanto a efficiencia das primeiras cessa pela falta de estimulo exterior, a das segundas prolonga-se indefinidamente;

— emquanto as primeiras têm um caracter objectivo, as segundas, por mais vivas que sejam, nunca perdem para nós uma feição de inconfundivel subjectividade;

— emquanto as primeiras reproduzem exactamente as coisas, as segundas não são senão aproximações, mais ou menos nítidas, symbolos mais ou menos felizes, mas sempre imperfeitos da realidade (Phillipe);

— emquanto as primeiras correspondem a relações espaciaes determinadas e inflexiveis, as segundas têm localisações de certo modo arbitrarias;

— emquanto as primeiras têm uma acção evidente sobre a successão das segundas, o curso d'estas não exerce influencia sobre o das sensações;

— emfim, emquanto as sensações (*estados fortes* de Spencer) são capazes de inhibir as imagens mnemonicas (*estados fracos*), estas não inhibem aquellas.

Esta multiplicidade de elementos differenciaes constitue, pelo menos, uma presumpção em favor de localisações differentes das duas ordens de phenomenos; e tal presumpção augmenta considerando que, se tivessem a mesma séde sensações e imagens representativas, a distincção entre o objectivo e o subjectivo se não faria rapida e seguramente, como no adulto normal acontece, mas só por ensaios mais ou menos demorados e difficeis.

Mas ha factos d'ordem physiologica demonstrativos de que as localisações da sensação e da imagem mnemonica são na realidade diversas.

E' sabido que uma lesão destructiva do centro visual de um dos hemispherios implica o phenomeno de *hemianopsia:* os objectos apparecem ao doente partidos ao meio. Todavia, o hemianopsico mantem e conserva inteiras as suas imagens mnemonicas.

E' sabido ainda que a *cegueira cerebral*, produzida pela destruição dos dois centros corticaes da visão, não implica a perda de imagens mnemonicas.

Estes dois factos são absolutamente inexplicaveis dentro de uma theoria que ás sensações e ás imagens representativas assignala a mesma séde. Se as duas ordens de phenomenos fossem tributarias dos mesmos centros, ellas haveriam, evidentemente, de seguir as suas vicissitudes.

Assim, a analyse psychologica e a observação clinica obrigam-nos a admittir, ao lado de *centros sensoriaes*, cuja localisação é um facto adquirido para a sciencia, *centros representativos*, séde das imagens mnemonicas, justamente chamadas por Tanzi *symbolos directos*.

Mas, por outro lado, as *percepções* ou *ideias*, emquanto symbolos geraes e abstractos das coisas ou *symbolos dos symbolos*, para me servir da expressão do professor italiano, presuppõem ainda centros d'ordem mais elevada, os *centros ideativos*, de provavel localisação no lobulo prefrontal (Bianchi, Grasset, Brissaud). De facto, a suprema funcção raciocinante e de *contrôle*, exercida por estes centros, obriga-nos a conceder-lhes uma séde diversa da occupada pelos centros imageticos ou de representação, de productos particulares e concretos.

A funcção especifica dos *centros sensoriaes* consiste na producção das sensações brutas, a dos *centros representativos* na producção das imagens mnemonicas, e a dos *centros ideativos* no aproveitamento dos productos sensacionaes e imageticos para a génese das percepções.

No trabalho evolutivo do pensamento desde o particular e indistincto (sensação bruta, sensação elementar) até ao geral e distincto (ideia representada na palavra interior), os centros sensoriaes representam a primeira *étape:* o centro visual não é senão um espelho, uma sorte de retina cortical, o centro auditivo, um resoador, uma especie de ampliação central do acustico, o centro da sen-

sibilidade cutanea, um orgão de registro. Os centros representativos vêm depois; e os ideativos são a ultima *étape*.

A independencia dos centros sensoriaes ou inferiores relativamente aos ideativos ou superiores é attestada não só pela psychologia, mas pela experimentação physiologica e pela observação clinica. Assim nos casos de *surdez* e *cegueira psychicas*, eu posso *ouvir* um som ou *vêr* um objecto, mas sem os reconhecer, sem os interpretar. O som é ouvido como intensidade, como volume, como altura, mas não como o som de um sino ou de uma flauta, por exemplo: o objecto é visto como luz e sombra, como mancha, como extensão, mas não como homem ou como arvore, por exemplo. Do mesmo modo vêem e ouvem os animaes superiores em dadas condições experimentaes: *vendo* o alimento, não o atacam, a despeito da fome, porque o não reconhecem: *ouvindo* o estalo do chicote, não o evitam tambem, porque o não interpretam.

Se na percepção, psychologicamente considerada, entram a sensação bruta, a sensação differenciada e a convicção da realidade, entram n'ella tambem, physiologicamente encarada, os centros sensoriaes, os representativos e os de ideação.

Posto isto, examinemos e interpretemos os erros sensoriaes.

ALLUCINAÇÕES. — Chamam-se assim as sensações e percepções que se realisam na independencia dos phenomenos physiologicos de impressão e conducção centripeta, ou, mais simplesmente, as *sensações e percepções sem objecto*.

Se são sensações brutas as que se produzem, tomam as allucinações o nome de *elementares;* se são percepções ou sensações differenciadas, denominam-se as allucinações *completas* ou *figuradas*.

Umas e outras são, como se vê, *imagens*, simples ou complexas, autonomicamente nascidas no cerebro ou, o que vale o mesmo, sem correspondencia com o mundo ex-

terior. Mas, emquanto as *elementares* não passam de sensações indifferenciadas (pontos luminosos, phosphenas, zumbidos, etc.), as *figuradas* são sensações e percepções complexas, representações de coisas ou de sons: — paysagens, pessoas, animaes, palavras distinctas, phrases inteiras.

Como interpretar estes extranhos phenomenos?

A theoria de Tamburini a que ha pouco alludimos e que é ainda a geralmente recebida e a exposta na maioria dos tratados, explica as allucinações por um estado irritativo dos *centros sensoriaes*.

Assim como, dizia o eminente professor, a excitação directa ou indirecta dos centros motores do cortex determina convulsões, a dos centros sensoriaes determina a revivescencia de imagens simples ou complexas, que n'elles se encontram depositadas em estado inconsciente. As allucinações não seriam pois, senão a resposta especifica dos centros sensoriaes aos estimulos que sobre elles incidem, como as convulsões não são senão a resposta especifica dos centros corticaes motores ás acções que os irritam.

Quanto ao estimulo, elle poderia ser quer um *estado morbido peripherico* (do orgão sensorial ou do nervo centripeto), quer uma *ideia delirante*, quer, emfim, uma *irritação local* do centro interessado.

Esta theoria explica perfeitamente as allucinações elementares que, consistindo em sensações brutas ou indifferenciadas, são realmente a resposta *especifica* dos centros sensoriaes aos estimulos directos e locaes ou indirectos e a distancia que podem actuar sobre elles.

Já vimos, porém, as razões que a impedem de explicar as allucinações completas ou figuradas. Tamburini partiu do principio falso de que as sensações e as imagens têm a mesma séde; ora a verdade é, como dissemos, que as sensações se formam n'uns centros e as imagens se localisam em outros.

Se os *centros sensoriaes*, respondendo especificamente a estimulos directos ou indirectos que os interessam, dão sensações brutas, só os *centros representativos* podem, estimulados, dar as imagens mnemonicas. De resto, a theoria de Tamburini não responde a duas capitaes objecções de Tanzi.

Porque é, pergunta este illustre professor, que tendo a *ideia delirante* o poder de evocar uma imagem allucinatoria, não tem esse mesmo poder a *ideia normal*, embora a sua intensidade e a sua permanencia sejam grandes? Se o perseguido ouve imaginarias palavras hostis sob a influencia de uma ideia delirante, porque não posso eu ouvir palavras cariciosas, lembrando insistentemente um amigo distante?

Por outro lado, não se explica bem pela theoria de Tamburini que nas loucuras toxicas, no alcoolismo, por exemplo, os estimulos directamente exercidos sobre os centros visuaes do cortex dêem *imagens completas*, quando se sabe que cada um d'esses centros não dá senão *meias imagens*. Para interpretar o facto segundo a theoria geralmente recebida, seria necessario, admittir que dois estimulos actuassem simultaneamente sobre as áreas visuaes, desenhando n'ellas com singular perspicacia a imagem d'um objecto, metade no hemispherio direito e metade no esquerdo, como acontece na visão normal e como deveria acontecer na visão mnemonica, se centros sensoriaes e centros representativos fossem os mesmos.

Capaz de explicar as allucinações elementares, cuja importancia psychiatrica é secundaria ou nulla, a theoria de Tamburini não permitte interpretar as allucinações figuradas, unicas importantes, e tem de ser por isso abandonada.

Que nova theoria a substituirá?

Antes de responder a esta natural interrogação, expondo a hypothese recentemente proposta por Tanzi, convem fazer algumas observações.

Notaremos em primeiro logar que a allucinação mantem com a sensação e a imagem mnemonica relações evidentes de similhança e differença.

Distingue-se da sensação em não ter uma origem peripherica; de facto, em quanto a sensação implica a presença de um estimulo actuando sobre a extremidade de um nervo sensivel, a allucinação caracterisa-se pela ausencia d'este elemento genético. Em compensação, os dois phenomenos confundem-se pelo caracter de objectividade que lhes é inherente.

A allucinação confunde-se com a imagem mnemonica pela circumstancia commum de terem ambas uma génese central; de facto, uma e outra dispensam na sua producção a interferencia de um estimulo endo ou epiperipherico. Em compensação os dois phenomenos divergem profundamente no ponto de vista psychologico, porque, em quanto a imagem mnemonica tem sempre, qualquer que seja a sua vivacidade, um caracter subjectivo, a allucinação offerece, pelo contrario, uma constante feição objectiva.

Assim, em quanto sensação e imagem mnemonica são phenomenos que physiologica e psychologicamente se oppõem, a allucinação não contrasta com qualquer d'elles senão de um modo parcial, como se vê do seguinte quadro:

	Origem physiologica	Caracter psychologico
Sensação	Peripherica	*Objectivo*
Imagem	*Central*	Subjectivo
Allucinação	*Central*	*Objectivo*

Pelas analogias e differenças que mantem com a sensação e a imagem, a allucinação tem direito a um logar intermediario ao occupado pelas duas ordens de phenomenos.

Uma outra observação preliminar que julgamos importante, é esta: emquanto os *centros sensoriaes* são *du-*

plos, occupando os hemispherios direito e esquerdo, nada se oppõe a que os *centros representativos* sejam *unicos* ou unilateraes.

Um centro psychico por excellencia, o da linguagem, é unico, tendo a sua séde, excepção feita dos casos de mancinismo, no hemispherio esquerdo; e é certamente da unilateralidade d'este centro que resulta a falta de uma localisação precisa da palavra interior. Ora esta mesma ausencia de relações espaciaes se observa nas imagens mnemonicas dos sentidos superiores da vista e do ouvido, servindo este facto, como vimos, para as distinguir das sensações. A inexistencia de uma hemianopsia mnemonica contrastando com a existencia de uma hemianopsia visual, parece indicar que é unico o centro visual representativo, por opposição aos sensoriaes, que são dois. Emfim, a unilateralidade dos centros imageticos corresponderia, como Tanzi justamente faz notar, á lei de *economia anatomica*.

Vejamos, postos estes preliminares, como é possivel explicar as allucinações completas ou figuradas, que não são senão *imagens tornadas sensações*.

E' evidente em primeiro logar que as duas ordens de centros, sensoriaes e representativos, têm de ser interessados n'uma ordem chronologica inversa d'aquella por que são interessados no acto percepção: os representativos primeiro, e os sensoriaes depois. Mas, admittido que sejam unilateraes para cada sentido os centros representativos, emquanto os sensoriaes são duplos, forçoso é tambem admittir que fibras *homo* e *contralateraes* estabelecem communicação entre as duas ordens de centros.

Ora, sendo assim, um modo de explicar as allucinações consistiria, segundo Tanzi, em suppôr que, em condições pathologicas ou insólitas, essas fibras *homo* e *contralateraes* têm a propriedade de se deixar percorrer em sentido opposto áquelle em que são percorridas nos estados normaes. Assim, uma ideia nascida na região associa-

tiva, em vez de combinar-se com outras ideias ou de projectar-se no exterior sob a fórma de movimento, refluiria pelas fibras homo e contralateraes ao respectivo centro de sensibilidade, tornando-se ahi o que primitivamente fôra, isto é *sensação*.

Tanzi, elle proprio, faz a critica d'esta hypothese, notando que ella implica uma derogação da lei de *polarisação dynamica*, segundo a qual a onda nervosa segue sempre a direcção centrifuga. Mas será esta lei tão inflexivel como geralmente se pensa? Tanzi responde negativamente, baseando-se n'uma experiencia de physiologia, eminentemente demonstrativa. Outras poderia ainda invocar o professor italiano, porque não faltam.

Entretanto, Tanzi propõe ainda uma outra explicação, que exporemos pelas suas proprias palavras. «Nos centros sensoriaes, escreve o illustre psychiatra, ha, além das fibras homo e contralateraes que seguem em direcção transcortical, fibras de chegada que descem dos centros superiores e exercem uma *funcção centrifuga*. Qual seja esta funcção, que nenhum apriorismo psychico ou physiologico teria ousado attribuir a um systema especial de fibras, mas cuja existencia é ratificada sem sombra de duvida pela anatomia, não é facil determinal-o. Flechsig considera essas fibras *moderadoras das sensações;* Ramon y Cajal attribue-lhes uma *acção tonica ou dynamogéne* relativamente ao processo da attenção. A meu vêr, as duas opiniões conciliam-se e completam-se, uma vez encaradas sob o mesmo ponto de vista, o da attenção, cujo processo reclama precisamente o concurso simultaneo de influencias estimulantes e inhibitorias. E assim, o regresso da onda nervosa póde conceber-se por estas fibras, sem que sejamos forçados a admittir que ellas deroguem as proprias funcções habituaes. Uma irritação extraordinaria, que colloque as fibras retrogradas em condições pathologicas e as torne largamente accessiveis a estimulos mais fracos que os costumados, abre ao phenomeno allucina-

torio um caminho já traçado e naturalmente dirigido aos centros sensoriaes.

«Uma pequena minoria de fibras *descendentes* encontra-se, com a constancia de uma lei, em todos os feixes de *projecção ascendente*. Ha-as entre o cortex visual e o corpo geniculado externo; ha-as entre este e a retina; ha-as entre os centros olfativos do cortex e o lobulo olfativo e sobre as vias secundarias e terciarias do acustico. Não é pois de admirar que existam tambem para cima dos centros sensoriaes.

«Suppôr que a representação mais ou menos consciente de uma imagem possa, em circumstancias excepcionaes, retroceder aos centros sensoriaes pos *vias centrifugas*, cuja existencia não é de modo nenhum hypothetica, eis um modo excellente de resolver o problema da allucinação sem violar a lei da polarisação dynamica. Assim, o mecanismo do phenomeno allucinatorio não reclama para ser interpretado senão esta condição: que os processos sensorial e representativo tenham sédes separadas.

«E agora, considerando as vias centrifugas das projecções centripetas como dotadas de uma propriedade reguladora da attenção e imaginando que esta propriedade se revela normalmente de dois modos differentes — estimulando as sensações uteis e inhibindo as inuteis, comprehenderemos melhor não só o mecanismo positivo da allucinação, mas o seu mecanismo negativo. A imagem allucinatoria não se localisa no vacuo, mas substitue-se a uma imagem real, que é coberta e neutralisada por ella. Este duplo caracter é particularmente manifesto no caso de vista. Exceptuando as horas de somno, o exercicio da visão deveria ser contínuo no tempo e sem lacunas no espaço. Todavia, durante a crise allucinatoria ha um momento em que a realidade se não percebe ou apenas se percebe em parte, como se nos centros corticaes se désse um scotoma transitorio. Para poder localisar no exterior a

imagem allucinatoria, é preciso não vêr ou não observar o que realmente se encontra no logar occupado por ella. Ora as fibras centrifugas que chegam aos centros visuaes (como aos outros centros de sensibilidade) das regiões transcorticaes, poderiam perfeitamente dividir entre si esta dupla tarefa: produzir o phantasma allucinatorio, transportando do centro representativo os estimulos correspondentes, e inhibir, nos grupos cellulares occupados pela allucinação, a vista da realidade. Com menor constancia se verifica a mesma inhibição das imagens reaes nas allucinações que se referem a outras fórmas da sensibilidade, ao ouvido, por exemplo.

«Como quer que se realise o retorno pathologico da representação ás suas origens sensoriaes, — subindo as vias afferentes contra a lei da polarisação dynamica, ou descendo pelas vias efferentes, sem offensa d'esta lei, o importante é admittir que a allucinação consiste precisamente n'este retorno. Assim comprehendido, o processo physiopathologico da allucinação adquire uma physionomia inteiramente particular e digna da indiscutivel singularidade d'este phenomeno, que não é apenas a extrema intensificação de uma imagem representativa, mas a *degradação morbida* de uma representação que foi sensação e que em sensação se torna, decompondo-se sob a influencia de circumstancias anormaes. Psychologicamente, um phenomeno involutivo; physiologicamente um phenomeno insolito de associação regressiva».

PSEUDO-ALLUCINAÇÕES. — Este termo apparece com significados inteiramente diversos na litteratura psychologica e medica.

Assim, Höffding emprega-o para designar as allucinações corrigiveis, aquellas a que o doente não presta o seu assentimento e que Boismont impropriamente chamava *physiologicas*. N'este sentido as pseudo-allucinações não seriam senão *allucinações sensoriaes, mas não perceptivas.*

Uma hysterica *vê* nitidamente á volta de si, nas vesperas de cada menstruação, tigres e leões de fauces escancaradas. As imagens d'estes carniceiros têm toda a objectividade, toda a localisação exterior, todo o relêvo sensorial da realidade; no emtanto, a doente sabe que esses tigres os não póde apalpar, que elles lhe apparecem como signaes precursores das regras e *não se assusta*. Eis aqui um exemplo do que Höffding chama uma pseudo-allucinação, por contraste com a verdadeira allucinação, que seria a do doente que, n'uma situação analoga, *se assustasse* e fugisse, certo da existencia dos felinos.

E' manifesto que os dois casos são muito differentes um do outro e põem mesmo em relêvo a distincção fundamental que começamos por estabelecer entre sensação differenciada e percepção; natural é, portanto, que se lhes dêem nomes differentes. Mas o termo de *pseudo-allucinação* com que se designa o primeiro, é menos proprio, porque na realidade se dá uma allucinação, embora *corrigivel;* melhor seria chamar-lhe *allucinação sensorial* para a distinguir da que caracterisa o segundo caso e á qual conviria o nome de *allucinação perceptiva*.

O termo de *pseudo-allucinações*, tomado n'este sentido, parece-nos tão inadequado como o de *allucinações physiologicas*. Porque são corrigiveis, não deixam de ser nem reaes, nem pathologicas as allucinações; o que na verdade caracterisa estes phenomenos é a objectividade das imagens ou a sua transformação em sensações.

Mas o termo de *pseudo-allucinações* é tomado em psychiatria n'um outro sentido. Assim, Lugaro, Hagen e Tanzi empregam-no para designar um obscuro phenomeno mental que Baillarger chamára *allucinação psychica* e Kahlbaum *allucinação aperceptiva*. Este phenomeno muitas vezes denunciado no livro dos mysticos, frequente na *demencia precoce* e cuja interpretação seria impossivel na theoria de Tamburini, consiste na *emergencia obsessiva de imagens mentaes de extrema vivacidade*.

Estas imagens, de ordinario verbaes acusticas, não têm um verdadeiro caracter sensorial, objectivo, e n'isso se afastam das allucinações; approximam-se d'ellas, porém, pela sua intensidade e, sobretudo, pela sua génese, pois derivam da acção de estimulos locaes pathologicos e extranhos á associação normal das ideias (Lugaro, Tanzi).

São as *palavras d'alma a alma*, as *vozes pallidas*, as *palavras secundarias*, as *transmissões do pensamento*, as *microphonias*, os *pensamentos ordenados ou forçados*, as *palavras segredadas pelos invisiveis*.

Exprimindo-se assim, os doentes revelam bem, não só a obscuridade do phenomeno, mas o seu caracter dubio e vacillante entre a objectividade e a subjectividade.

O verdadeiro allucinado auditivo *localisa* as suas vozes no espaço: vêm-lhe de cima, de baixo, da direita, da esquerda, da frente, de traz, de longe, de perto; escuta-as com os dois ouvidos ou com um só (sensações unilateraes); emfim, reconhece-lhes um timbre, um volume, uma altura. Não assim o pseudo-allucinado. Se lhe perguntamos d'onde procedem as vozes, diz-nos que são *interiores;* se lhe perguntamos que altura e timbre têm, responde-nos que são *vozes sem ruido* ou *palavras sem som* ou *vozes de espiritos;* se lhe perguntamos por-que ouvido as percebe, responde-nos que não é pelos ouvidos, mas pela *alma* que as aprehende.

Estas imagens acusticas não têm evidentemente um definido caracter objectivo e sensorial, como as allucinações; todavia, como os doentes as attribuem, não a si mesmos, mas a sêres extranhos, e d'ellas fazem não as *suas* ideias, mas as ideias dos *espiritos*, dos *invisiveis*, das *almas*, não os *seus* pensamentos, mas os pensamentos *impostos*, os pensamentos *forçados*, tambem lhes não podemos assignalar um caracter nitidamente subjectivo e conscientemente pessoal.

Na theoria da percepção que admitte a existencia independente de centros representativos ou psychicos, o phe-

nomeno em questão explicar-se-hia pela excitação local d'esses centros, cuja solidariedade se rompeu por motivos d'ordem pathologica analogos aos que quebram a subordinação dos centros motores aos centros ideativos (Tanzi).

Allucinações verbaes. — O que vem de ser dito relativamente aos centros corticaes em que têm logar as sensações das coisas (Tamburini) e as suas representações (Tanzi), póde applicar-se áquelles em que se formam as imagens da palavra.

Estas imagens são de quatro ordens: *auditivas* (palavra fallada), *visuaes* (palavra escripta), *motoras de articulação* (palavra que se pronuncía) e *graphicas* (palavra que se traça).

Todos os centros corticaes correspondentes a estes grupos differenciados de imagens, podem deixar de funccionar ou, ao contrario, funccionar automaticamente por uma excitação local ou a distancia. D'aqui, no primeiro caso, a *surdez e cegueira verbaes*, a ***aphasia motora*** **e a *agraphia*, e, no segundo**, as *allucinações verbaes*, auditivas, visuaes, de articulação e de escripta.

Na *surdez verbal*, a palavra é, não só ouvida como som (sensação bruta), mas ouvida como voz humana (sensação differenciada); não é, porém, comprehendida ou interpretada, não tem sentido. Na *cegueira verbal*, a palavra é, não só vista (sensação bruta), mas vista como graphico especial e inconfundivel (sensação differenciada); não é, porém, percebida, não tem um significado.

O surdo verbal, ouvindo uma conversa na propria lingua, permanece na situação de quem escuta uma lingua extrangeira não aprendida; o cego verbal, vendo um livro escripto na lingua materna, olha-o como se elle contivesse palavras de um idioma absolutamente desconhecido.

Quando uma palavra se pronuncía ou se escreve, musculos determinados entram em acção e executam movimen-

tos extremamente delicados, que se acompanham de sensações particulares (kyneticas), destinadas, como todas as sensações, a subsistirem no cerebro a titulo de imagens. Quando os centros em que se formam essas imagens entram automaticamente em acção por estimulos locaes ou distantes, surgem as allucinações verbaes *articulares* e *graphicas*, a que tambem se dá o nome de allucinações *psychomotoras verbaes* (Tamburini, Séglas).

Os allucinados d'esta ordem percebem a palavra, dão-lhe mesmo uma vaga localisação na garganta, no epigastro, n'outros pontos, mas não a ouvem, nem a vêem.

Illusões. — Parallelamente ás allucinações, figuram no quadro das perturbações sensoriaes e perceptivas as *illusões*.

Emquanto que as allucinações se caracterisam, como

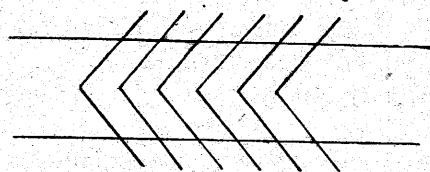



Fig. 2

acabamos de vêr, pela ausencia de objecto, as illusões caracterisam-se pela sua *falsa interpretação*. Nas illusões, com effeito, o estimulo exterior que, recebido no cerebro, ha de tornar-se sensação bruta, sensação differenciada e percepção, não falta, mas é apreciado em discordancia com a realidade. «A illusão, escrevia Lasègue, é para a allucinação o que a maledicencia é para a calumnia».

E' sabido que um certo numero de illusões são não só frequentes, mas inevitaveis em estado de saude. Mergulhando obliquamente na agua de um lago uma bengala rectilinea, esta apparece-nos quebrada no ponto de immer-

são, vertice de um illusorio angulo obtuso formado pelas partes da bengala que ficam fóra e dentro da agua; traçando entre duas linhas parallelas uma série de angulos agudos eguaes, de abertura voltada na mesma direcção e cujos vertices se encontrem todos na mesma linha, parallela ás anteriores, succede que estas nos parecem convergentes no sentido da abertura dos angulos (Fig. 2). Eis aqui duas illusões d'optica absolutamente inevitaveis.

Se, tendo feito cavalgar o dedo grande de uma das mãos sobre o seu visinho indicador, passarmos entre as faces palmares dos dois um pequeno corpo espherico, experimentaremos, não a sensação de um corpo, mas de dois. Eis aqui uma illusão tactil inevitavel.

Mergulhemos a mão direita n'um vaso d'agua a 39° centigrados e a esquerda n'um outro d'agua a 35°, e, decorridos alguns segundos, retiremol-as para as mergulhar simultaneamente em agua a 37°; esta agua parecer-nos-ha ter duas temperaturas diversas: uma, elevada, que a mão esquerda aprecia, outra, baixa, apreciada pela direita. Eis aqui uma illusão thermica inevitavel.

Exemplos analogos se podem dar em relação aos outros sentidos.

As illusões d'esta ordem, que podemos chamar *physiologicas* ou *normaes*, porque dependem da nossa propria organisação e são communs a todos os individuos portadores d'orgãos sensoriaes construidos como os nossos, têm com certas allucinações este caracter commum: comquanto as não possamos fazer cessar, ellas não nos induzem em erro, porque a razão as corrige. Não podendo deixar de *vêr* a bengala quebrada, eu *sei* que ella é rectilinea; não podendo deixar de *vêr* as linhas convergentes, eu *sei* que ellas são parallelas; não podendo deixar de *sentir* duas espheras entre os dedos, eu *sei* que só uma róla entre elles; não podendo deixar de *sentir* duas temperaturas na agua, eu *sei* que ella tem uma temperatura unica.

Qualquer que seja a sua importancia psychologica, estas illusões não nos interessam. As que constituem objecto do nosso estudo são as que se não corrigem, as que surgem como *symptomas da loucura.* Ao passo que nas illusões physiologicas o erro é *sensorial*, nas illusões morbidas elle é *psychico* (Descourtis).

Quando se trata da vista ou do ouvido é facil estabelecer a distincção entre allucinações e illusões; mas, tratando-se do gosto e do olfato, é ella muito precaria. São allucinações ou apenas illusões os gostos de venenos e os cheiros nauseabundos que certos alienados affirmam sentir nos alimentos?

A difficuldade augmenta quando se trata de falsas sensações visceraes.

As chamadas *allucinações hypnagogicas* ou realisadas no periodo de tempo que immediatamente precede o somno, não são talvez senão illusões; com effeito, ellas parecem ter o seu ponto de partida nos objectos exteriores, que o cerebro fatigado e anemiado defórma.

As illusões são symptomas frequentes da *mania*, dos *delirios systematisados*, da *paralysia geral* e das *intoxicações*.

Perturbações da ideação.— Depois dos erros psychosensoriaes que acabamos de estudar sob os nomes de allucinações e illusões, reclamam a nossa attenção os erros psychicos denominados *ideias delirantes*.

O que caracterisa estes phenomenos? A ideia delirante é algumas vezes manifestamente *absurda;* muitas outras, porém, nada tendo em si mesma de inverosimil ou de inacceitavel, é um *erro morbido conceptual*, quer porque *não corresponde á realidade e não póde logicamente corrigir-se*, quer porque *está em desaccordo com o nivel intellectual da epocha e do individuo que a formúla.*

Affirmando que não tem cerebro ou que é de vidro ou que dentro do seu estomago habita um cão, um doente exhibe ideias delirantes, porque exhibe absurdos. Affirmando que tem sido objecto de perseguições ou que está economicamente arruinado ou que praticou um homicidio, um outro doente offerece ideias delirantes, porque formúla convicções sem apoio na realidade e ao mesmo tempo insusceptiveis de uma correcção logica. As ideias de perseguição, de ruina e de crime não são em si mesmas delirantes; só o são quando se não baseiam nos factos e resistem aos argumentos e ás provas. Affirmando que os phenomenos physicos se regulam, não por leis inflexiveis, mas pela influencia de rezas e amuletos, um individuo póde, consoante a sua epocha e o seu nivel intellectual, exhibir uma ideia supersticiosa ou uma ideia delirante. Feita em epochas remotas, ou ainda na actualidade por um homem inculto ou por um theologo, uma tal affirmação é apenas falsa; estabelecida hoje por um homem tendo attingido a positividade scientifica, ella marca uma regressão mental e é delirante (Clouston).

Um facto a notar, de uma alta importancia na caracterisação das ideias delirantes, é que, resistindo a todos os argumentos e a todas as provas com que se tenta combatel-as, ellas podem todavia cessar bruscamente, se a doença de que são *symptomas* se extingue ou remitte. Nada mais vulgar do que a extincção subita de um delirio de perseguições em certos degenerados hereditarios; nada tambem mais frequente do que a brusca desapparição de um delirio de grandezas n'um paralytico geral. Este facto mostra a differença que existe entre o *erro* e a *ideia delirante*.

A convergencia de ideias delirantes dá logar aos *delirios*, que podem considerar-se em relação ao seu *contheudo*, á sua *fórma*, á sua *marcha*, á sua *duração* e á sua *origem pathogénica*.

Em relação ao seu *contheudo*, os delirios são tantos quantas as cathegorias das ideias delirantes, que J. Séglas reduz a dez:

1.ª de auto-accusação;
2.ª — perseguição;
3.ª — defeza;
4.ª — grandeza;
5.ª hypocondriacas;
6.ª de negação;
7.ª — enormidade;
8.ª mysticas ou religiosas;
9.ª eroticas;
10.ª de transformação corporea.

Sob a designação generica de *ideias delirantes de auto-accusação* comprehendem-se todas as que representam para o doente uma desvantagem qualquer: as de *humildade* (o doente julga-se despresivel, infimo, destituido de todo o valor pessoal e social); de *ruina* (considera-se reduzido á miseria); de *incapacidade* (reputa-se inhabil para o trabalho mental, um imbecil, um idiota); de *criminalidade* (imputa-se imaginarias faltas, peccados e delictos mais ou menos graves); de *desespero* e desalento, podendo ir até á *anciedade* (nada tem a esperar senão o desprezo social, castigos severos, punições monstruosas). Com estas ideias formam-se sobretudo os *delirios melancolicos;* todavia, casos ha de *hysteria*, de *alcoolismo* e de *degenerescencia mental* em que ellas surgem sob a fórma de *auto-denuncia* (Régis), apresentando-se os doentes ás auctoridades como auctores de attentados.

Sob a designação geral de *ideias de perseguição* comprehendem-se todas as que representam para o doente um ataque á sua *existencia* (envenenamentos, choques electricos), á sua *saude* (masturbações nocturnas), aos seus *interesses* (tentativas de roubo), á sua *dignidade* (escar-

ncos, allusões malevolas, calumnias), ao seu *pudor* (tentativas de estupro, de sodomia, de qualquer fórma de cohabitação sexual), á sua *honra conjugal* ou aos seus *interesses de coração* (adulterio e toda a sorte de traições sexuaes), emfim, aos seus *direitos* (negação de justiça, suborno das auctoridades). O perseguidor é ás vezes um só, real ou imaginario, conhecido ou desconhecido; na maioria dos casos, porém, figuram muitos, constituindo um *complot* contra o doente: os jesuitas, a policia, a maçonaria, os medicos. Os meios empregados pelos agentes variam muito: são venenos, é a electricidade, o telephone, o phonographo, o magnetismo e, ultimamente, a radiographia e a telegraphia sem fios.

Com estas falsas ideias formam-se principalmente os *delirios paranoicos ou systematisados;* entretanto, ellas apparecem com frequencia na *melancolia*, na *hysteria* e nas *intoxicações*, sobretudo *alcoolica* e *cocaïnica*. As ideias de perseguição em que os interesses em jogo são d'ordem affectiva convergem na formação do chamado *delirio de ciume*, como aquellas que se referem aos direitos individuaes convergem na formação do *delirio processivo*. Os melancolicos consideram as perseguições de que são victimas como *castigos merecidos*, no que divergem essencialmente dos paranoicos, para quem ellas são sempre *manobras criminosas*.

Na sua grande maioria, os paranoicos não reagem contra as perseguições soffridas, embora protestem contra ellas e não percam occasião de se queixar amargamente. Alguns ha, porém, que oppõem perseguição a perseguição e se transformam de suppostas victimas em effectivos tyrannos, indo até ao homicidio; estes são os *perseguidos-perseguidores* (J. Falret), de que fazem parte os *processivos* (Krafft-Ebing, Kraeplin).

Sob a designação feliz de *ideias de defeza* estudou J. Séglas as que representam para o perseguido meios preventivos contra os ataques dos inimigos. Certos gestos ca-

balisticos, determinadas palavras, actos especiaes teriam a propriedade de neutralisar as aggressões dos perseguidores.

Estas ideias constituem pela sua convergencia o *delirio defensivo* de um restricto numero de paranoicos.

Sob a designação generica de *ideias de grandeza* comprehendem-se as que representam para o doente uma vantagem qualquer: inalteravel *saude* (euphoria, satisfação), *riqueza* (milhões, palacios, equipagens), *alta posição social* (imperadores, presidentes, reis), *nobreza* (fidalgos, titulares, portadores de nomes historicos), *formosura* e *força* (narcisos, apollos, athletas), *talento* e *genio* (inventores, descobridores, litteratos, musicos, pintores, estadistas), excepcionaes *qualidades affectivas* (grandes amorosos), *virtudes* inexcediveis (santos, phylantropos, reformadores).

D'estas ideias nasce o *delirio de grandezas*, tambem chamado *ambicioso* ou *megalomaniaco*, muito commum na *paralysia geral* e na *paranoia*.

Sob o nome de *ideias hypocondriacas* comprehendem-se todas as que se referem a *lesões* ou *compromissos funccionaes* dos orgãos. O delirante queixa-se de doenças que não tem, as mais das vezes interpretando falsamente e n'um sentido pejorativo sensações anormaes, emanadas de qualquer parte do corpo.

Todos os orgãos podem ser objecto ou materia das ideias hypocondriacas; no entanto, o utero, o estomago e o cerebro (hypocondria moral) são os que mais vezes se encontram em jogo.

Da convergencia e associação d'estas ideias nasce o *delirio hypocondriaco*, em que se observa uma variedade curiosa e digna de especial menção: o *delirio de possessão corporea*. O doente affectado d'esta variedade de hypocondria julga-se portador de animaes e demonios que no seu estomago, nos seus intestinos ou no seu utero se domiciliaram. Este delirio hypocondriaco de possessão foi, sob o seu aspecto demoniaco, muito vulgar na edade-media; hoje observa-se raramente.

O delirio hypocondriaco é um symptoma frequente da *melancolia*, da *hysteria*, da *paralysia geral* e de certas intoxicações.

As *ideias de negação*, que constituem o sexto grupo de Séglas, não são senão aspectos particulares das ideias hypocondriacas. Consistem na crença de que certos orgãos não existem ou não funccionam; como o cerebro não escapa, as ideias de negação implicam algumas vezes a inexistencia paradoxal do proprio pensamento e da propria vida.

As *ideias de enormidade* são ideias tristes amplificadas ou ideias mégalo-melancolicas (Régis). O que os paralyticos geraes exageram no sentido optimista, é exagerado por certos melancolicos no sentido pessimista e pejorativo. Estes doentes consideram-se os maiores criminosos, os sêres mais despresiveis e mais abjectos, os agentes de epidemias assoladoras, o objecto de todos os odios humanos. Banhando-se nos rios, conspurcam as aguas e matam os peixes; respirando, impestam a atmosphera; tocando as plantas, produzem o seu estiolamento. Alguns dizem-se o Anti-Christo, o principio de todo o mal. Uma das mais frequentes d'estas ideias é a de *immortalidade*. Condemnados á eterna dôr, ao eterno soffrimento, estes doentes lamentam-se, á maneira de Calypso, de uma immortalidade, que lhes peza como castigo maximo.

Os delirios de negação e de enormidade alliam-se quasi sempre na *melancolia anciosa chronica*, formando o que Régis chamou o *syndroma de Cotard*, para perpetuar a memoria do psychiatra que primeiro os estudou de um modo particular e completo. Todavia, o delirio de enormidade póde encontrar-se na melancolia sem o de negação e como exagero do delirio de culpabilidade (M. Lemos).

As *ideias mysticas ou religiosas* não me parecem constituir um grupo delirante bem definido e autonomo. A religião não faz senão dar um *colorido especial* a ideias melancolicas, expansivas ou de perseguição. Um doente

que se diz grande peccador e se arrasta no chão por penitencia, não differe essencialmente do que se diz grande criminoso e se abstem de comer para castigar-se; são ambos melancolicos, fazendo um delirio de culpabilidade. O megalomano que se diz santo, propheta ou apostolo, não differe fundamentalmente do que se affirma imperador, millionario ou illuminado social; um e outro são paranoicos, fazendo um delirio ambicioso. O perseguido que se considera victima do jesuitismo, da maçonaria ou do anarchismo, não é differente do que se reputa objecto das hostilidades do diabo; um e outro são paranoicos, fazendo um delirio persecutorio. As ideias reinantes de uma epocha ou as preoccupações habituaes do futuro doente (Magnan) imprimem ao delirio a sua fórma exterior, o seu colorido; a sua intima caracterisação depende de outros elementos.

O *delirio mystico* é frequente na *melancolia* e na *paranoia*.

As *ideias eroticas* parecem não constituir um grupo com justificadas pretensões de autonomia. O erotismo, como o mysticismo, dá um colorido particular ao delirio, mas não o caracterisa. A titulo episodico, as ideias eroticas figuram n'um grande numero de doenças mentaes, quer como expressão de um exagerado erethismo genital (mania, demencia paralytica), quer, ao contrario, de frigidez (demencia senil, delirios de involução). Convergindo e associando-se intimamente na constituição de um delirio systematisado ou, pelo menos, preponderante, ellas figuram na *paranoia* e na *melancolia*. Muitos erotomanos são perseguidos experimentando allucinações genitaes; outros são megalomanos mysticos, como os amorosos de santos, da Virgem, de Jesus; outros, megalomanos vulgares, como os erotomanos castos, enamorados de um sêr superior humano, phantastico ou real, ou mesmo de uma estatua, de uma estrella; outros emfim, degenerados obsessivos, como os invertidos e os sadicos, ou nevroticos, como os hystericos e os epilepticos.

O caracter erotico, do mesmo modo que o religioso, o politico ou o ciumento, das ideias que entram na constituição de um delirio, não basta para o definir; serve apenas para dar-lhe o aspecto exterior, formal. Assim é, por exemplo, que o delirio de perseguição póde ser erotico, mystico, politico ou ciumento.

As *ideias de transformação corporea* dando origem *ao delirio metabolico de personalidade* ou *delirio palingnostico*, entram sem esforço no grupo das ideias hypocondriacas. O doente que julga o seu corpo de madeira ou de vidro (metabole parcial, somatica), ou que se considera transformado em animal ou mudado de sexo (metabole total, psycho-somatica), não faz, como oppurtunamente veremos, senão interpretar falsamente, á maneira dos hypocondriacos, sensações visceraes anomalas. O *delirio palingnostico*, hoje raro, foi frequente na edade-media, revestindo um colorido mystico. Symptomatisa a *melancolia*.

O que acabamos de dizer sobre os delirios em relação ao seu *contheudo*, permitte-nos reduzil-os a quatro grupos fundamentaes:

1.° Delirio d'auto-accusação;
2.° — de perseguições e defeza;
3.° — de grandezas ou ambicioso;
4.° — hypocondriaco.

Quanto á sua *fórma* ou á maneira por que n'elles se associam as ideias morbidamente falsas, podem os delirios ser *diffusos* e *systematisados*. São diffusos aquelles em que a tendencia associativa das ideias delirantes é frouxa; quando essa tendencia é precaria, determinada por meras circumstancias accidentaes, como a consonancia verbal, chamam-se os delirios *incoherentes*. São *systematisados* os delirios em que as ideias constitutivas convergem e se associam tenazmente, formando uma estructura regular

e typica ou, como se diz em astronomia e em crystallographia, um *systema*.

Pelo que respeita á *marcha*, os delirios são *agudos*, *chronicos*, *estacionarios*, *progressivos*, *continuos*, *intermittentes* e *remittentes*, tomados estes termos na accepção que lhes dá a nomenclatura da medicina geral.

Relativamente á *duração*, podem os delirios ser *demorados* e *transitorios*. Estes ultimos são os que cobrem um espaço de tempo que vae de algumas horas a alguns dias apenas; *demorados* são todos, agudos ou chronicos, que se prolongam além d'estes limites. Os delirios transitorios symptomatisam as loucuras *hysterica* e *epileptica*, a *mania transitoria* de alguns auctores e os accidentes agudos das *intoxicações*.

Com relação á sua *origem pathogenica*, são os delirios *primitivos* e *secundarios*. Os primeiros, tambem chamados pelos francezes *delirios d'emblèe*, irrompem sem precedencia de phenomenos affectivos; os segundos surgem como tentativas de explicação, depois de symptomas d'ordem affectiva e de perturbações cenestheticas. Os delirios primitivos têm uma origem *ideativa;* os secundarios não são senão a formula intellectual ou a interpretação delirante de phenomenos morbidos que os precederam.

São delirios primitivos os da *paranoia;* são secundarios os da *melancolia*.

Os delirios secundarios que têm por base e ponto de partida os erros sensoriaes, denominam-se *allucinatorios*.

De passagem diremos que os delirios tomam os nomes das fórmas de loucura que symptomatisam: maniacos, melancolicos, hypocondriacos, paranoicos, epilepticos, hystericos, alcoolicos, confusionaes.

Refere-se o que acabamos de expôr aos delirios propriamente ditos ou delirios *intellectuaes*, gerados pela convergencia ou associação de ideias morbidamente falsas. Certo é, porém, que, generalisando o significado do termo *delirio* até fazer d'elle synonimo de *perturbação das funcções psychicas*, alguns psychiatras fallam de *delirios emotivos* (phobias) e de *delirios d'actos* (impulsões).

E' muito discutivel esta nomenclatura em que a palavra *delirio* se desvia da sua acepção restricta de *perturbação ideativa* para confundir-se com a de *loucura*, em que estão comprehendidas todas as alterações funccionaes da psychicidade, assim as ideativas, como as affectivas, as emotivas e as de vontade.

A meu vêr, o que essencialmente caracterisa o delirio é a adhesão plena do espirito ás ideias morbidamente falsas; o doente delira, porque é incapaz de corrigir essas ideias ou, o que vale o mesmo, porque, falto de *senso critico*, as acceita. Ora a phobia e a impulsão irresistivel são reconhecidas pelo doente como perturbações, como phenomenos morbidos; longe de acceital-as, elle procura vencel-as, luctando tenazmente contra ellas com todos os inuteis recursos de uma intelligencia perfeitamente *lucida* e indiscutivelmente *critica*.

Perturbações da associação de ideias. — O curso das imagens mentaes (*corrente do pensamento*, de W. James, *convergencia mental*, de Ardigó) póde *accelerar-se*, como na *excitação maniaca*, ou *retardar-se*, como na *depressão melancolica*, sem que sejam derogadas as leis empiricas da associação (similhança, contraste, contiguidade).

Mas se, com a *acceleração* e o *afrouxamento*, coincide a inobservancia total ou parcial d'essas leis, realisa-se então o phenomeno da *dissociação ideativa*, um dos mais interessantes symptomas intellectuaes da loucura.

A dissociação é *geral* e chama-se *incoherencia*, quan-

do no curso das imagens mentaes é absolutamente impossivel reconhecer o dominio das leis que no estado normal o regulam.

O pensamento é então um cahos; rôtos todos os seus laços, as ideias succedem-se sem direcção, sem logica, sem finalidade.

A incoherencia reconhece duas pathogenias diversas (Morselli). Umas vezes ella é puramente *funccional*, e depende então de uma hyperexcitabilidade do cerebro; as ideias dissociam-se, porque se precipitam, como acontece na *mania aguda* e na *confusão mental allucinatoria*. E' a *fuga das ideias*, dos allemães, a *pseudo-incoherencia*, de Morselli, transitoria e curavel. Outras vezes ella é *organica*, e procede então da ausencia ou da destruição das relações associativas dos neurones de ideação, como acontece na *idiotia* e na *demencia*. E' o que Morselli chama a *verdadeira incoherencia*, definitiva e irremediavel.

A dissociação é *parcial* quando o curso do pensamento é interrompido ou embaraçado pela apparição, no campo da consciencia, de ideias (de caracter abstracto, emotivo ou impulsivo) que, não encontrando affinidade com as outras, entram em *lucta* com ellas.

Essas ideias que não derivam do jogo associativo, antes o perturbam, que combatem as outras, determinando na consciencia um *estado penoso* que póde ir até á *anciedade* e á *angustia*, têm sido chamadas *ideias fixas* (Buccola), attenta a sua insistencia, *ideias incoerciveis* (Tamburini), porque a vontade é impotente para as repellir, *ideias imperativas* (Hack-Tuke), porque tendem a impôr-se ao espirito, ou ainda *obsessões*, que, segundo o seu caracter, se dizem *intellectuaes*, *emotivas* e *impulsivas*.

Alguns casos clinicos farão comprehender bem este phenomeno e as suas variedades.

Um padre, eminentemente religioso, sente surgir no seu espirito a ideia da *não-previdencia divina*. Esta ideia, que é para elle uma blasphemia, não o abandona todavia,

impõe-se-lhe tyrannicamente, e todos os seus esforços de vontade são impotentes para a banir. D'aqui, um estado de *inquietação dolorosa* quasi permanente, que attinge por vezes os *paroxysmos da angustia* (pallidez, perturbações do pulso, suores). Eis um exemplo de *obsessão intellectual*.

Um outro doente é abruptamente invadido pela ideia de que nos alimentos se podem misturar alfinetes, que, engulidos, produzirão os mais graves resulados. D'aqui, o horror dos alfinetes, a impossibilidade de os tocar e a necessidade angustiosa de verificar em todos os alimentos a presença ou ausència d'elles. Eis um exemplo de *obsessão emotiva* ou *phobia*.

Um terceiro doente, affectivo e de uma perfeita moralidade, é abruptamente invadido pela *ideia de matar* dois filhinhos. Esta ideia apavora-o, leva-o a remover as creanças do quarto em que dormem com elle e a tomar anciosamente toda a sorte de precauções contra a execução de um acto, que lhe repugna, que o enche de terror, mas cuja representação não cessa no seu espirito. Eis um exemplo de *obsessão impulsiva*.

Tem-se dito que a ideia obsessiva é *consciente*, no sentido de que o psychopatha a reconhece morbida ou aberrante, que ella é *parasitaria*, no sentido de que vive entre as outras como alguma coisa de extranho e de heterogeneo, e, emfim, *irresistivel* no sentido de que se impõe, a despeito de todos os esforços da vontade para a repellir.

Por estes caracteres, a que juntam o de ser *desacompanhada de allucinações*, têm os alienistas francezes estabelecido uma radical differença entre a ideia obsessiva e a *ideia delirante*, que seria *inconsciente* no sentido de que o alienado a não reconhece morbida, *associativa* e não parasitaria, porque é assimilada pelo Eu, e *não-irresistivel*, no sentido de que, sendo acceite como exacta, não é combatida pela vontade (Falret, Magnan, Régis).

De um modo geral, esta distincção póde ser mantida, porque exprime bem o que separa *clinicamente* as obsessões dos delirios em periodo de estado. Todavia, admittindo que as obsessões podem determinar allucinações (Séglas), que ellas não são tão inteiramente parasitarias que não consigam systematisações, associando a si imagens, sentimentos e tendencias, e, por outro lado, considerando que no periodo de invasão dos delirios paranoicos as ideias delirantes, longe de serem acolhidas pelo doente, despertam extranheza, duvida, lucta e inquietação dolorosa, emfim, tendo em vista que o resultado final das obsessões e de certos delirios é uma *dissociação da personalidade*, pensam alguns observadores que no campo psychologico e pathogenico, tal distincção é insustentavel (Morselli, Séglas, Mattos). No livro *A Paranoia* discutimos largamente este ponto.

A questão de saber se o *estado emocional* que acompanha invariavelmente as obsessões precede a ideia ou lhe succede, será tratada na segunda parte.

C.—D'ordem activa

Perturbações dos reflexos. — Nos animaes dotados de systema nervoso o typo de actividade que se traduz por movimentos ou contracções musculares, é o *reflexo*.

Na sua fórma ao mesmo tempo elementar e completa, o reflexo implica uma *impressão* d'origem externa ou interna (*epi* ou *endoperipherica*) que, recebida pelas dendrites ou prolongamentos cellulipetos de um neurone sensitivo (*protoneurone*), passa pelos seus axones ou prolongamentos cellulifugos ás dendrites de um neurone motor (*myoneurone*), d'onde, transformada em *inicitação motriz*, é exportada cellulifugamente a um musculo que se contráe.

Começado na *impressão* e terminado no *movimento*, o reflexo offerece tres arcos: o *cellulipeto*, representado pela passagem da impressão nas dendrites e nucleo do

protoneurone, o *central*, figurado pela sua marcha do proto ao myoneurone, e o *cellulifugo*, descripto pela transmissão do abalo motor ao musculo pelos axones do myoneurone.

E' claro que este funccionalismo e esta estructura correspondem a um reflexo eschematico, representando o typo da actividade nervosa, que é sempre e fundamentalmente uma funcção *exito-motora*, assim no sympathico e na medulla como no encephalo.

Nos vertebrados não são, de ordinario, dois, mas muitos os neurones interessados n'um acto reflexo: entre o proto e o myoneurone outros *(deutoneurones)* se interpõem, alongando no tempo e no espaço o *arco central;* e tambem frequentemente succede que a impressão primitiva acciona, não um só, mas varios protoneurones, de sorte que numerosos reflexos se associam na producção de movimentos convergentes a um resultadó commum, offensivo ou deffensivo. Por outro lado, a *impressão peripherica*, essencial e constante nos reflexos sympathicos e medullares, póde ser substituida por uma *estimulação central* ou encephalica, de sorte que o arco cellulipeto falta, subsistindo só os dois outros; isto se dá nos reflexos *ideo-motores*, cujo ponto de partida é um neurone cortical, e n'aquelles dos reflexos *sensitivo-motores* em que o estimulo parte inicialmente da medulla alongada ou dos ganglios da base.

Mas, curto ou longo, rapido ou moroso, isolado ou associado, completo ou incompleto, o acto reflexo é sempre um phenomeno *excito-motor:* puramente tal ou *automatico*, se os neurones accionados pertencem ao sympathico e á medulla; *sensitivo-motor*, se pertencem, ao menos em parte, á medulla alongada e aos ganglios da base; *ideo-motor*, se os inicialmente accionados pertencem ao cortex cerebral. Nos reflexos ideo-motores, incompletos pela falta de arco cellulipeto, a excitação inicial ao movimento, em vez de partir de uma impressão, parte de uma *sensação*

recordada, de uma *imagem*, de uma *ideia;* mas estes estimulos centraes ou psychicos representam, elles mesmos, *impressões* passadas, sem as quaes não poderiam existir, de sorte que o arco cellulipeto se póde reconstruir idealmente.

A estas tres ordens de reflexos se reduzem todas as fórmas de actividade nervosa: aos sympathicos e medullares, o *automatismo* (trophico e relacional), passado na inconsciencia; aos sensitivo-motores, os *instinctos* de conservação e de reproducção (actos precedidos de appetites e desejos), passados n'uma indistincta e vaga consciencia; aos ideo-motores, a *vontade* (actos motivados por ideias e prerepresentados), decorrendo n'uma consciencia precisa.

Na producção dos reflexos, quaesquer que elles sejam, dois factos fundamentaes devem considerar-se: a *impulsão*, de um lado, e a *inhibição*, do outro.

Por *impulsão* designa-se a tendencia do reflexo a desenrolar-se nos seus arcos de modo a que se realise uma transformação mais ou menos integral da impressão, sensação ou ideia em phenomeno motor.

Esta tendencia, porém, do reflexo a percorrer os seus arcos cellulipeto, central e cellulifugo, ou apenas central e cellulifugo, póde ser impedida, acontecendo que a transformação mais ou menos completa da estimulação primitiva em movimento se não realise. Este impedimento é o que em physiologia se chama *inhibição*.

A *impulsão* é a fórma *dynamogéne* da actividade; a *inhibição*, tambem chamada *interferencia*, é a sua fórma *moderadora*.

Nas especies em que o systema nervoso se encontra differenciado e hierarchisado, as duas acções, *impulsiva* ou dynamogéne e *inhibitoria* ou moderadora, contrabalançam-se, resultando da sua opposição a *tonicidade reflexa* de cada individuo. No *estado normal* essa tonicidade traduz-se por uma *harmonia de actos;* no *estado anormal*

revela-se, ao contrario, por uma *desharmonia* que vae, pela preponderancia da impulsão, até ás *convulsões* ou movimentos desordenados, e, pela preponderancia da inhibição, até á *paralysia de origem psychica*.

D'onde procedem no estado normal a *impulsão* e a *inhibição?*

Abstrahindo do estimulo externo ou interno, peripherico ou central (impressão, sensação, ideia), que suppomos constante para um mesmo reflexo, a impulsão depende da *excitabilidade* dos neurones n'elle interessados; quanto maior ou menor ella fôr, tanto mais ou menos intenso será o movimento final.

Pelo que respeita aos reflexos de um centro, a sua *inhibição* depende da *actividade dos centros hierarchicamente superiores*. Assim, os reflexos medullares são moderados pela acção do bolbo, e os bulbares pela do cerebro. São conhecidas as experiencias e as observações clinicas demonstrativas d'esta origem inhibitoria. A excitabilidade da medulla augmenta nos animaes decapitados; e o mesmo acontece no homem, se o cerebro não attingiu o seu pleno desenvolvimento ou se lesões destructivas circumscreveram a área das suas funcções. Nos idiotas e nas creanças o automatismo medullar tem uma intensidade muito superior á dos individuos normaes e dos adultos; por outro lado, o reflexo patellar exagera-se sob a invasão da demencia. Uma fórte emoção póde suspender os movimentos cardiacos; uma impressão subita póde sustar o reflexo de espirro ou de soluço. De resto, é sabido que a acção da vontade póde moderar ou mesmo impedir grande numero de reflexos. No homem, o cerebro é o centro *inhibitorio* por excellencia: com effeito, a sua acção moderadora exerce-se não só sobre os reflexos bulbares e medullares, mas sobre os sympathicos, como o prova a maior actividade trophica durante o somno.

Os principios que acabamos de lembrar, vão permittir-nos fazer um estudo pathogenico das perturbações

da actividade, explicando-as e referindo-as ás suas causas, á maneira do que fizemos para os erros da percepção.

Abulias. — São paralysias d'origem psychica: a despeito da presença dos estimulos e da integridade dos orgãos que concorrem aos movimentos, estes não se executam.

Duas ordens de causas podem determinar estes phenomenos: *insufficiencia de impulsão* e *excesso de inhibição*. D'aqui duas especies de abulias: a *asthenica* ou *generalisada*, que se explica por *inexcitabildiade neuronica*, e a *obsessiva* ou *parcial*, de que dá conta uma *interferencia* anormal de emoções ou de ideias.

Serve a exemplificar o primeiro caso o estupido supportando em absoluta immobilidade uma legião de moscas que lhe cobrem a face e as mãos, passeiando sobre ellas livremente. Serve de exemplo da segunda especie o degenerado que, executando habitualmente todos os movimentos, não póde n'um dado instante praticar um certo acto: tocar um corpo metallico, realisar a copula, lançar a sua assignatura n'um documento.

No caso do estupido, os movimentos necessarios para enxotar as moscas faltam, porque a intensidade do estimulo (prurido dos insectos) não é bastante para vencer a inercia ou *inexcitabilidade* dos neurones. O mesmo doente não fará tambem um movimento para comer, para beber ou para urinar, embora tenha o estomago vazio, a garganta sêcca ou a bexiga cheia. A fome, a sêde e a repleção vesical não são sufficientes para accionar os seus neurones inexcitaveis. O *déclanchement* dos reflexos falta, e d'ahi a ausencia de movimentos *(estado abulico)*.

No caso do degenerado abulico os factos passam-se de outro modo. Os neurones sensitivos e motores têm uma excitabilidade normal, denunciada e posta em evidencia por um incontavel numero de movimentos, que se não realisariam sem essa excitabilidade; todavia, n'um

dado momento, o acto que elle desejaria executar, tornou-se impossivel, porque uma certa emoção ou uma certa ideia *interferiram*, neutralisando a funcção dos neurones motores. O appetite genesico existe, a erecção realisou-se, e comtudo a copula é, n'um determinado momento, impossivel, porque o *receio* de não ejacular ou de não manter a erecção se interpoz, impedindo a sequencia de um reflexo iniciado. N'um outro momento, desvanecido o receio, o acto será realisado com outra ou com a mesma mulher.

A necessidade de tocar o corpo metallico existe, é mesmo urgente, e o abulico degenerado esboça contracções musculares para o acto desejado; todavia, não o executa porque d'isso o impede o *mêdo dos contactos metallicos* (phobia). Calçando uma luva, elle tocará esse corpo, comquanto os movimentos para o fazer sejam agora os mesmos que ha um instante não podia executar. O mesmo doente póde escrever e deseja fazer a sua assignatura; mas a *ideia* de possiveis consequencias funestas immobilisa-o diante do documento, impossibilita-o absolutamente de lançar n'elle o seu nome. N'um outro papel assignaria sem a menor difficuldade. Em todos estes casos, o reflexo iniciou-se, mas foi inhibido.

As abulias parciaes de origem emotiva ou ideativa que exclusivamente se referem a um certo numero de actos, tomam o nome de *systematisadas*.

IMPULSOS. — Chamam-se assim os actos incoerciveis, inevitaveis. São manifestações oppostas ás abulias e reconhecem por causas quer um *exagero de impulsão*, quer uma *insufficiencia de inhibição*.

Do mesmo modo que a inexcitabilidade dos neurones explica a deficiencia de impulsão, caracteristica de um grupo de abulias, a sua *sobreexcitabilidade*, como quer que se produza, explica o *exagero de impulsão*, egualmente caracteristica de um grupo de impulsos.

E tambem, do mesmo modo que o exagero de inhibição explica uma cathegoria de abulias, a *deficiencia de inhibição* permitte comprehender uma classe de impulsos.

Os do primeiro grupo, tributarios de um *excesso de impulsão*, são sempre mais ou menos *generalisados*, resultando do seu conjuncto a apparente e manifesta desordem de conducta, que se observa nos maniacos, nos paralyticos geraes em começo e em certos hystericos e epilepticos, eminentemente irritaveis e inquietos *(impulsividade, estado impulsivo)*.

Os impulsos do segundo grupo, tributarios de uma *deficiencia de inhibição*, offerecem, de ordinario, um caracter *parcial*, podendo ir até á *systematisação* (kleptomania, pyromania, etc.), como adiante veremos. Estes impulsos observam-se nos degenerados.

A consciencia acompanha, em maior ou menor grau, os impulsos das duas cathegorias. Mas, se o exagero da impulsão se combina ou coexiste com a ausencia de inhibição, a actividade impulsiva torna-se então *inconsciente;* constituem a suprema expressão d'esta actividade desordenada as *convulsões* e o *automatismo*, taes como se observam nos paroxysmos das nevroses (hysteria e epilepsia).

O seguinte quadro fixa o que acabamos de dizer sobre este primeiro grupo de perturbações da actividade:

Perturbações intensivas da actividade	Faltas: *Abulias*	por insufficiencia de impulsão (estado abulico).
		por excesso de inhibição (abulias parciaes e systematisadas).
	Exageros: *Impulsos*	por excesso de impulsão (impulsividade).
		por insufficiencia de inhibição (impulsos parciaes systematisados).
		pelo conjuncto das duas causas (convulsões, automatismo).

Perversões da actividade. — São de ordem *intensiva* e as mais geraes que podem observar-se, as perturbações da actividade que acabámos de estudar, porque são as que procedem da insufficiencia ou exagero das condições que regulam a marcha do acto reflexo no homem, — a impulsão e a inhibição. Outras ha, porém, d'ordem *qualitativa* e menos geraes, porque derivam, não da evolução mesma do reflexo, mas da natureza morbida especial dos estimulos: são as *perversões*.

E' evidente que estas perturbações *qualitativas* da actividade se podem combinar com as *intensivas;* nada, com effeito, obsta a que um estimulo seja simultaneamente anormal na sua natureza e na sua intensidade. Assim, naturalmente existem perversões *impulsivas* e *inhibitorias*.

Umas e outras podem dividir-se em tantas cathegorias quantos os grupos de estimulos. Ora, como estes são sensações, emoções e ideias, as perversões activas serão: de *origem sensorial* (actos provocados e suspensos por allucinações); de *origem emotiva* (impulsos e inhibições determinados por emoções esthenicas ou asthenicas); e de *origem ideativa* (actos determinados ou impedidos por delirios e por ideias obsessivas).

Considerando, não a natureza anormal dos estimulos, mas a dos actos finaes por que elles se traduzem, podemos ainda dividir as perversões da actividade em *instinctivas* e *volitivas*, conforme se referem a actos que interessam directamente e immediatamente a conservação e reproducção do individuo (repulsão pelos alimentos, automutilações, suicidio, onanismo, homosexualidade), ou a actos deliberados, queridos, predeterminados, visando de preferencia as relações sociaes (delictos e crimes contra as pessoas e contra a propriedade).

Entre as perversões da actividade de origem sensorial, emotiva e ideativa, figuram algumas de que nem sempre é possivel surprehender a verdadeira génese. Estudadas por alguns auctores sob a designação vaga de *desordens*

psychomotoras, são: a catatonia, a suggestibilidade, o negativismo, as estereotypias motoras e o maneirismo.

A *catatonia* consiste na persistencia da contracção tonica de certos grupos musculares sob a acção psychica. Dando aos membros do doente uma determinada posição, esta é mantida durante longo tempo, por incommoda que pareça. Se os membros levantados cáem lentamente pela acção da gravidade, realisa-se a *subcatatonia* ou *flexibilitas cerea*.

Estas posições quando expontaneamente tomadas pelos catatonicos, repetem-se invariavelmente as mesmas: são as *attitudes estereotypadas* (Kraepelin).

A *suggestibilidade* é a tendencia do doente a executar movimentos sob as ordens do observador *(passivismo)* ou a imitar os actos d'este *(echokynesia* ou echo dos movimentos; *echolalia* ou repetição de palavras).

O *negativismo* consiste na tendencia habitual do doente a executar o movimento contrario áquelle que se lhe ordena ou suggere. O negativismo parece estar na dependencia de uma associação ideativa de contraste (Bianchi): a solicitação a um movimento evoca a imagem do movimento opposto, e é este o executado. Ha casos em que o negativismo e a suggestibilidade se alternam (Kraepelin).

As *estereotypias motoras* consistem na repetição invariavel de certos actos ou movimentos; chamam-se tambem *estereotypias parakyneticas*.

O *maneirismo* consiste na exhibição de attitudes, de contorsões physionomicas, de gestos, de intonações de voz e de movimentos de marcha extravagantes e bizarros.

Todas estas desordens psychomotoras se observam de preferencia nos *estados confusionaes* e na *demencia precoce*.

Psychismos superior e inferior. — Toda a actividade nervosa é, como dissemos, uma fórma de *excito-motrici-*

dade, tendo por typo o *reflexo*, na larga accepção d'este termo. Assim, é reflexa ainda e, portanto, condicionada pela estructura anatomica e pelo dynamismo do cortex a actividade psychica, na qual todavia duas modalidades se podem distinguir: uma, *consciente*, de que fazem parte a attenção, a memoria evocativa, as percepções, a relacionação das ideias em juizos e raciocinios, a imaginação creadora e a vontade; outra, *subconsciente*, em que se integram as sensações, os habitos e, de um modo geral, tudo o que é automatico no funccionalismo cortical.

Ao primeiro d'estes modos de ser se dá o nome de *mentalidade* ou de *psychismo superior;* chama-se o segundo *psychismo inferior*.

Legitima em these, esta distincção não nos auctorisa comtudo a julgar irreductiveis as duas modalidades; ao contrario, a observação demonstra que as passagens do consciente ao subconsciente e d'este áquelle se realisam com frequencia. Assim, todos os actos voluntarios se podem tornar habituaes pela repetição: a marcha, a leitura, a escripta, a execução musical, por exemplo. A seu turno, os actos habituaes, se sobre elles incide a attenção, podem tornar-se voluntarios e conscientes. Podemos marchar, lêr, escrever, tocar um instrumento sem que nos apercebamos das innumeras sensações kyneticas, tactis e acusticas determinadas por estes actos; podemos pratical-os pensando n'outra coisa. O que nos custou attenção, esforços, hesitações, ensaios, desgostos e, portanto, consciencia, cahiu, mercê da repetição, nos dominios subconscientes. E, facto a notar, o que foi imperfeito quando consciente, tornou-se perfeito na subconsciencia. Todavia, cada um d'estes factos remonta á consciencia inicial, se uma circumstancia faz incidir sobre elle a attenção: a marcha, a leitura, a escripta, a execução musical tornam-se conscientes, se as realisamos para o publico. E então frequentemente succede que se perturbem e se tornem menos perfeitas do que eram, quando apenas automaticas e subconscientes.

Nos dominios estrictamente ideativos alguma coisa de analogo se passa. Ha raciocinios subconscientes: taes são os que faz um mathematico no desdobramento saltuario de uma formula. No proprio somno se fazem raciocinios de que só colhemos, ao despertar, as conclusões. Por maioria de razão, ha juizos subconscientes: taes são os do critico d'arte determinando o auctor de um quadro rapidamente examinado; taes são os do clinico diagnosticando uma doença por um exame incompleto. A *segurança critica* e o *tino medico* não são senão condensações de attentas experiencias tornadas subconscientes.

Considerando que os actos automaticos se realisam com uma perfeição e precisão maiores que os voluntarios, pretendeu Gilbert Ballet que as designações de *psychismo superior* e *inferior* deviam applicar-se em sentido opposto áquelle em que se empregam. A observação do professor francez, porém, não tem de justa senão a apparencia, porque a superioridade de um acto depende, não do modo mais ou menos perfeito da sua execução, mas da differenciação maior ou menor da sua origem. As acções são tanto menos perfeitas na sua execução quanto mais differenciado é o segmento do systema nervoso que lhes preside, de sorte que partindo do reflexo sympathico para chegar ao cortical, com passagem pelo espinhal, bulbar e dos ganglios da base, constatamos que a uma ordem decrescente de precisão executiva corresponde uma ordem de complexidade crescente, anatomaphysiologica, dos districtos nervosos interessados. Ora é precisamente esta complexidade progressiva, esta especialisação crescente d'orgãos e funcções que constitue em biologia o criterio da superioridade d'uns e d'outras. As ultimas acquisições phylo e ontegénicas são sempre as mais precarias; mas nem por isso deixam de ser as mais altas, as mais hierarchisadas, as que constituem o privilegio d'alguns, n'uma palavra, as *superiores*. E o criterio é em psychologia o mesmo: a superioridade dos actos mede-se justamente pela sua differenciação progres-

siva. Assim, physiologica e psychologicamente fallando, são superiores os phenomenos que representam a ultima *étape* evolutiva, embora elles sejam, porisso mesmo, os mais precarios, os mais instaveis e os menos precisos. Na marcha da evolução universal, que se faz, em todos os campos, do homogéneo para o hecterogéneo (Spencer), do indistincto para o distincto (Ardigò), do simples para o complexo e do geral para o particular (Comte), o limite *superior* é na direcção ascendente, não descendente.

O que vem de ser dito permitte comprehender o sentido em que deve resolver-se o problema de saber se são funcções dos mesmos ou de centros corticaes differentes os psychismos superior e inferior.

Sem hesitações responderemos com Grasset: precisamente porque são actividades corticaes differenciadas, esses psychismos devem considerar-se tributarios de centros diversos. Uma lei geral de physiologia exige que a funcções distinctas correspondam substractos anatomicos distinctos.

Entretanto, uma objecção importante a que é necessario responder, tem sido feita a esta opinião. E' esta: os psychismos superior e inferior não são fundamentalmente distinctos, porque do primeiro se transita para o segundo e d'este para aquelle; aos mesmos centros ou aos mesmos neurones, pois, devem naturalmente incumbir um e outro.

Este modo de vêr, sustentado por P. Janet e Joffroy, entre outros, parece inimpugnavel, porque se baseia no facto real e que atraz salientámos, da reciproca passagem do automatismo á vontade, da subconsciencia á consciencia completa.

Não é assim, porém. No fundo, esta objecção não faz senão affirmar que um acto, tributario de centros determinados, não póde tornar-se tributario de centros diversos quando passa de voluntario a automatico ou de automatico a voluntario, *porque não deixa de ser o mesmo.* Ora o erro da objecção reside precisamente em suppôr que continua *sendo o mesmo* um acto que, na realidade, muda de cara-

cter psychophysiologico, ora simplificando-se, ora complicando-se no cortex.

Chamemos *A* um acto voluntario; emquanto tal, elle exige, para produzir-se, o dynamismo de um centro psychico *Cp* e de um centro motor *Cm*, se nasceu de uma simples imagem mental; se foi suggerido por impressões externas, o dynamismo de um centro sensorial *Cs* collaborou ainda, como factor inicial, na sua génese. Assim temos

A funcção de *Cp* e *Cm*

ou

A funcção de *Cs*, *Cp* e *Cm*.

Supponhamos que *A* deixou de ser voluntario. O que aconteceu? Que elle mudou de caracter psychologico, tornando-se automatico e subconsciente, e de caracter physiologico, prescindindo na sua génese do centro psychico *Cp*. Na realidade, *A* descomplicou-se. Designando-o por *A'* na sua nova feição, temos

A' funcção de *Cs e Cm*.

A comparação das tres formulas mostra que *Cp*, sempre activo quando se trata de *A*, não intervem quando se trata de *A'*; que *Cs*, indispensavel á génese de *A'*, o não é á producção de *A*; emfim, que a *A* e *A'* só é commum o elemento subordinado *Cm*. Assim, *A*, psychismo superior, distingue-se de *A'*, psychismo inferior, em exigir a interferencia, que este dispensa, de um centro cortical *Cp*, cuja localisação, como amplamente mostrámos a proposito das allucinações, é differente da localisação dos centros sensoriaes *Cs* interessados na génese de *A'*.

N'um elegante eschema que se tornou classico, dá o Professor Grasset uma ideia clara do modo por que se realisam os actos integrados nos psychismos superior e inferior.

O representa o centro de ideação ou o conjuncto de neurones corticaes a que incumbe o *psychismo superior.*

Em baixo e á direita de *O* encontram-se os *centros sensoriaes* A, V, T.

Em baixo e á esquerda de *O* estão os *centros motores* (da escripta, da palavra fallada e dos movimentos geraes ou acções kyneticas) respectivamente indicados por E, P, K.

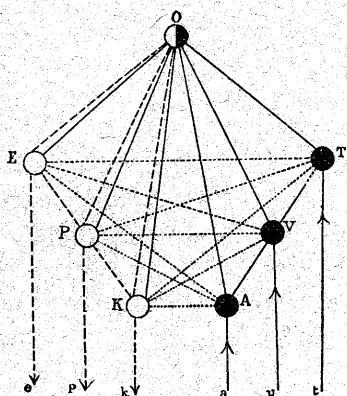



Fig. 3.—Localisações: E no pé da 2.ª circumvolução frontal; P no pé da 3.ª circumv. frontal; V na préga curva; A na parte posterior da 1.ª circumv. temporal.

Todos estes centros do cortex — sensoriaes, motores e ideativo, estão ligados entre si por fibras commissuraes, representadas nas linhas cheias e pontuadas da fig. 3.

Os centros sensoriaes A, V, T, encontram-se em relação com os orgãos externos sobre que incidem as impressões auditivas, visuaes e tactis—a, v, t; por seu turno, os centros motores estão relacionados com os musculos que escrevem, que pronunciam e que realisam as acções kyneticas — e, p, k.

A' direita da figura todas as transmissões nervosas, quer se realisem entre a, v, t e A, V, T, quer entre A, V, T e *O*, são *afferentes* ou *centripetas*.

A' esquerda da figura são *efferentes* ou *centrifugas* as transmissões realisadas entre E, P, K, e — e, p, k. Mas, das que se fazem entre *O* e E, P, K, são *centrifugas* ou *efferentes* as que representam *ordens* emanadas de *O*, e *centripetas* ou *efferentes* as que representam *informes* fornecidos a *O* por E, P, K. De facto, se *O* impulsiona E, P, K (acção voluntaria), recebe tambem noticia do que n'estes centros se passa (consciencia da execução).

Recebendo em *a* uma onda sonora, que centripetamente ascende até A, *oiço* ahi um *som*, que, proseguindo a sua marcha afferente deixará em *O* uma imagem mnemonica da qual me servirei para *reconhecer* de futuro sons analogos, ouvidos em A pela incidencia de novas ondas sonoras sobre *a*. Se A está destruido ou inerte, terei uma *surdez cortical*, analoga para a consciencia á surdez peripherica (destruição do tympano, atrophia do acustico, etc.) Se é *O* que está destruido ou inerte, terei uma *surdez psychica;* então ouvirei sons, sem todavia os *reconhecer* ou, o que vale o mesmo, sem os poder attribuir a determinados corpos: o piano, a rabeca, a larynge.

Recebendo em *v* impressões luminosas, que ascendem centripeta ou afferentemente a V, *vejo* ahi um objecto; e se a sensação continúa a sua marcha centripeta até *O*, uma imagem mnemonica ahi fica, de que me servirei para o *reconhecimento* futuro de analogos objectos. Se V está destruido, terei uma *cegueira cortical*, analoga para a consciencia á cegueira peripherica (catarata, atrophia do nervo optico, etc.) Se é *O* que está destruido, terei uma *cegueira psychica;* então, verei os objectos, sem todavia os *reconhecer* ou, o que é o mesmo, sem saber os seus usos e destinos.

Recebendo em *t* impressões cutaneas que centripetamente sobem a T, *sinto* ahi as multiplas sensações tactis de um corpo; e se essas sensações continuam a sua marcha afferente até *O*, ahi ficarão as suas imagens mnemonicas, de que farei uso para *reconhecer* ulteriormente (como aos cegos acontece) objectos analogos ou similhantes.

Reflexões identicas se poderiam fazer ácerca dos centros *gustativo* e *olfativo*, que no eschema de Grasset não são apresentados, certamente porque é secundaria a sua importancia psychica.

Visando a explicar *actos representados por movimentos*, o eschema do professor de Montpellier não representa entre *O* e A, V, T communicações efferentes ou centri-

fugas. Todavia, são essas communicações as que, segundo Flechsig e Cajal exerceriam acções dynamogénes e inhibitorias dos centros psychicos sobre os sensoriaes e que servem a Tanzi (Vid. pag. 62) para explicar o mecanismo intimo da allucinação.

Em face d'este eschema, *psychismo superior* é synonimo de *actividade do centro O*, isto é dos neurones corticaes de ideação; e *psychismo inferior* synonimo da *actividade polygonal*, isto é dos centros sensoriaes e motores ligados por fibras commissuraes que, representadas pelas linhas cheias da fig. 3, formam numerosos polygonos.

Exemplifiquemos:

Um auctor escreve, redigindo (psychismo superior). O que se passa? Pensando, *O* excita E, que por seu turno, acciona *e*. Redige-se, pois, com O E e.

Um amanuense escreve, copiando ou sob dictado (psychismo inferior). O que se passa? No primeiro caso, posto a funccionar pela visão das palavras *(v)* do original, V excita E que por sua vez acciona *e;* copia-se, pois, com v V E e. No segundo caso, posto em funcção pelas palavras ouvidas *(a)*, A excita E, que por seu turno acciona *e*. Escreve-se, pois, sob dictado com A E e.

Um orador discursa (psychismo superior). Pensando, *O* excita P, que por sua vez acciona p. Discursa-se, pois, com O P p.

Uma creança falla, repetindo uma oração decorada, cujas primeiras palavras ouve (psychismo inferior). O que se dá n'esta hypothese? Accionado pelas palavras ouvidas *(a)*, A excita P, que põe em movimento *p*. Falla-se de cór, portanto, com a A P p.

Preoccupado com um problema, um scientista caminha e falla só (psychismo inferior e superior). O que se passa corticalmente? Emquanto caminhante, põe em actividade t T K k; emquanto homem que falla sob o influxo do pensamento, põe em actividade O P p.

Este eschema permitte comprehender facilmente certos phenomenos de suggestibilidade, taes como a echolalia e a echokynesia.

Na echolalia, a palavra ouvida que incide em *a* e é sentida em A, vae sob a fórma do movimento estimular P, que acciona *p;* a echolalia resulta, pois, da actividade de a A P p.

Na echokynesia, os movimentos que, incidindo sob a fórma de excitações visuaes em *v*, são percebidos em V, dirigem-se d'ahi a K, que acciona k, onde são repetidos: a echokynesia é o effeito da actividade de v V K k.

A echolalia e a echokynesia são manifestações da actividade polygonal, frequentes na *demencia precoce.*

A *apraxia* ou impossibilidade de executar movimentos pela perda das imagens kyneticas que os dirigem, é uma perturbação da actividade de *O*.

B.—D'ordem complexa

Perturbações da personalidade. — A ideia complexa de *personalidade* implica as de *unidade formal* e *unidade real* do Eu (Höffding).

D'estas duas ideias, a de unidade formal confunde-se com a de *synthese psychica* e procede essencialmente da *memoria.* Se os phenomenos psychicos não podessem ser conservados, postos em confronto e reconhecidos, a consciencia seria fundamentalmente *esporadica* e *intermittente*, porque se confundiria com cada um d'elles; na realidade teriamos tantas consciencias simultaneas ou successivas, quantos os phenomenos psychicos coexistentes ou seriados no tempo. A individualidade residiria em cada um d'elles; e nós seriamos a estatua de Condillac a cada instante identificada com uma nova sensação. Impossivel em tal hypothese fallar de um Eu. Não é isto, porém, o que se passa: os phenomenos psychicos, repetindo-se, têm o caracter d'*o já experimentado*, e podem ser evocados n'um intuito

de confronto. D'aqui as funcções superiores do *juizo* e do *raciocinio*. Ellas suppõem uma *unidade formal* do Eu, uma *synthese* consciente. Mais ainda: essa *unidade*, essa *synthese* é implicada nas proprias sensações que nos parecem elementares e que não são na realidade senão *convergencias* de myriades de sensações.

Eis o primeiro e fundamental factor da ideia de personalidade.

Um outro, porém, é necessario. A unidade formal do Eu existe em todos os homens e, certamente, em todos os animaes de systema nervoso hierarchisado; ella não póde, portanto, bastar para a edificação da ideia do meu Eu emquanto distincto de outro Eu, quer dizer da *personalidade*.

O novo factor é a *unidade real*, synthese, não já de todos os instaveis phenomenos psychicos, mas de alguns dos seus grupos, associados de certo modo, tendo uma certa persistencia e repetindo-se com um invariavel fundo de analogia. Por outros termos: a *unidade formal* da consciencia, que se manifesta pela memoria e pela synthese, é commum a todos os organismos psychicos; o seu *contheudo*, porém, variavel de uns para os outros, é que constitue a *natureza particular do individuo* ou a sua *personalidade* (Höffding).

Os elementos constitutivos d'esta *unidade real* são numerosos.

Em primeira linha está a *cenesthesia* ou sentimento do proprio corpo, — consciencia vaga ou liminal de myriades de sensações internas, *endoperiphericas* (Spencer), tendo o seu ponto de partida nas funcções visceraes. Sempre presente, este sentimento passa despercebido no estado normal; todavia, que elle se altere pela falta, pelo accrescimo ou pela perturbação de algumas das sensações habituaes que concorrem para o determinar, e logo nos sentimos *diversos*. Uma simples perturbação gastrica ou hepatica nos ensombra; um pouco de café ou de alcool, activando certas funcções, torna-nos expansivos. A triste-

za e a alegria habituaes, que caracterisam certos temperamentos, não são senão indices cenestheticos do exercicio, normal e anormal, dos orgãos internos. Na puberdade, a apparição no campo da consciencia de novas sensações, derivadas dos orgãos genitaes até então silenciosos, determina uma extranha e profunda modificação do Eu, que apenas se reconhece e se julga identico a si mesmo atravez d'essa crise, por que ella se faz *lentamente* e não implica perturbações da *memoria*.

Em segunda linha vêm os affectos, os desejos e as inclinações, phenomenos mais ou menos differenciados, constituindo um nucleo *sensitivo-motor*, de uma estabilidade sempre reconhecida e designado pelo nome de *caracter*.

Emfim, n'um plano mais apparente e mais instavel, encontram-se as systematisações das nossas ideias mais geraes, constituindo um *nucleo intellectual* com affinidades e repulsões proprias, ora permittindo, ora impedindo a associação de novos estados de consciencia.

A personalidade é o producto de todos estes factores, variando com elles.

Se *bruscamente* a cenesthesia se altera, logo a unidade real do Eu soffre uma variação e a personalidade se perturba. Na *paralysia geral*, um trabalho irritativo meningo-encephalico faz com que um individuo que apreciava exactamente o seu valor social, surja de um dia para o outro millionario, rei, artista incomparavel, genio litterario ou scientifico. Na loucura de *dupla fórma*, certamente em resultado de uma brusca alteração vaso-motora, o doente que hontem se deitou abatido, humilde, abulico e tendo um penoso sentimento da sua incapacidade physica e moral (melancolia), acorda hoje arrogante, agitado, impulsivo, com um sentimento de força e de altos destinos (mania).

Uma brusca alteração sensitivo-motora, como se dá nas *nevroses traumaticas* e em certas fórmas de hysteria,

determina egualmente uma perturbação da personalidade. O doente sente-se *outro* ou *diverso*; e, na realidade, não é psychologicamente *o mesmo*.

Emfim, uma subita emergencia de ideias aberrantes, como se dá nos *estados obsessivos*, determina egualmente uma perturbação da personalidade, estabelecendo no Eu uma *lucta* de phenomenos conscientes e, portanto, uma dissociação.

Emquanto n'estes casos a *memoria* se conserva, a *unidade* formal do Eu subsiste, e a dissociação não é completa. O *paralytico geral*, que nos conta os seus milhões, póde todavia dizer-nos que era operario e ganhava alguns vintens por dia; o millionario phantastico reconhece-se uma continuação do proletario real. Mesmo fazendo no estado maniaco a critica ironica do seu estado melancolico, o *louco de fórmas alternas* reconhece-se um *unico* individuo nas duas situações. O mesmo succede nos *traumatisados* e nos *hystericos*, se a memoria do estado anterior ao choque ou á crise emotiva se não perdeu. E o mesmo ainda nos *obsessivos*, que comparam os seus estados antes, durante e depois dos paroxysmos como pertencendo a um *mesmo* Eu. No fundo, passa-se aqui, com uma ampliação pathologica, alguma coisa de analogo ao que se dá no estado normal; disse alguem com razão que, recordando todo o seu passado, cada um de nós encontra uma série de personalidades tão diversas umas das outras que, se fossem objectivas e simultaneas, nos mereceriam alternativamente sympathia, piedade, inveja, ironia ou aversão.

Mas se o Eu real de nova formação se destaca por uma *amnesia* quer *temporaria*, quer *definitiva*, do Eu antigo, a unidade formal da consciencia rompe-se e a dissolução torna-se completa, realisando-se então os casos de *dupla personalidade*, em que dois individuos psychicos se succedem, como no *somnambulismo* espontaneo ou provocado e nos delirios da *epilepsia*, ou mesmo coexistem,

como em certos casos de *demencia*, em que o doente considera objectivos e como praticados por outrem os seus proprios actos.

Do que vem de ser dito resulta que podemos reduzir a dois grupos as perturbações da personalidade, segundo entre o Eu real da nova formação e o antigo existe ou deixa de existir continuidade mnemonica. O primeiro grupo é formado pelas *dissociações incompletas* da consciencia; o segundo pelas *dissociações completas*. Este é ainda divisivel em dois subgrupos: o das dissociações com *amnesia temporaria*, em que duas personalidades se succedem, ignorando-se uma á outra, mas alternando, e o das dissociações com *amnesia persistente*, em que duas personalidades coexistem, oppondo-se como o subjectivo ao objectivo.

O seguinte quadro permitte abranger facilmente o que acabamos de expôr:

Perturbações da personalidade	Dissociação incompleta: sem amnesia	Loucura de dupla fórma; delirios palingnosticos; obsessões.
	Dissociação completa: com amnesia	temporaria: somnambulismo hysterico, hypnotico; estados primeiro e segundo; epilepsia. definitiva: demencia.

Este quadro, em que as perturbações da personalidade se grupam na ordem *crescente* de gravidade, corresponde fundamentalmente á divisão estabelecida por Th. Ribot em tres classes de gravidade *decrescente*: 1.ª — *alienação* (formação de um novo Eu, que desconhece o anterior); 2.ª — *alternancia* (successão de duas personalidades, que se ignoram reciprocamente e se alternam, reconhecendo cada uma a sua similar); 3.ª — *substituição* (formação de um novo Eu que lentamente vae tomando o logar do antigo a que se continúa).

E. — Perturbações da linguagem

A linguagem, qualquer que ella seja, mimica, fallada ou escripta, depende de factores de ordem *psychica* (ideias, emoções), *cerebral* (centros corticaes), *bulbar* (nucleos) e *peripherica* (nervos e musculos).

As perturbações da linguagem que reconhecem causas cerebraes, bulbares e periphericas, serão estudadas no grupo dos *symptomas physicos*. Aqui, occupar-nos-hemos sómente das que têm causas *psychicas*.

Da linguagem mimica. — São de duas ordens: perturbações da *expressão mimica* ou da *physionomia* e perturbações da *acção mimica* ou dos *gestos*.

As primeiras são: a falta ou *amimia*, que se observa em grande numero de idiotas, paralyticos geraes e estupidos; a diminuição ou *hypomimia*, vulgar nos dementes; o exagero ou *hypermimia*, que se vê nos maniacos; e a perversão ou *paramimia*, frequente nos dementes precoces e nos confusos catatonicos.

Tributaria das emoções, ideias e tendencias dos doentes, a expressão mimica póde ser *triste* (melancolia simples), *alegre* (exaltação maniaca), *desconfiada* (delirio de perseguições), *altiva* (delirio de grandezas), *attenta* (estados allucinatorios), *extatica* (delirios mysticos), *alheada* (confusão mental), *manhosa* (imbecilidade), *ironica* (loucura lucida), *sinistra* (loucura moral), *aterrada* (delirio tremens), *anciosa* (melancolia), *sensual* (delirio erotico), *colerica* (mania aguda, epilepsia), *coquette* (hysteria), *amaneirada* (demencia precoce), *fátua* (debilidade mental).

A *paramimia* comprehende os casos de discordancia entre o tom emocional do doente e a sua physionomia; as *grimaces* dos dementes precoces e de certos confusos catatonicos são paramimias frequentes.

Uma perturbação physionomica muito rara, que observámos n'um caso, é a que consiste em só metade da face

ser expressiva, comquanto a outra se não encontre affectada de paralysia ou mesmo de paresia, mas immobilisada pela vontade do doente. Esta perturbação é menos uma paramimia que uma perversão da actividade ou uma desordem psychomotora (Fig. 4)

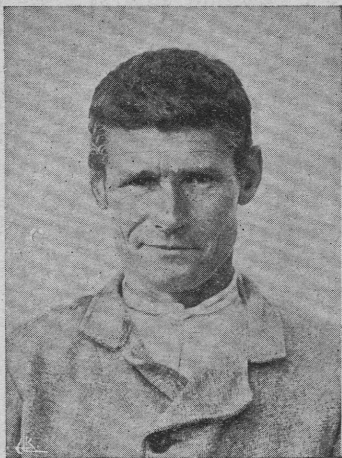
A *echomimia* é a imitação pelo doente da expressão physionomica dos que o cercam; observa-se em alguns catatonicos.

Fig. 4 — Asymetria expressiva

As perturbações da acção mimica ou dos gestos são: a suppressão ou *asemia;* a diminuição ou *hyposemia*, frequentes nos estados depressivos; o exagero ou *hypersemia*, vulgar nos estados de exaltação; e a perversão ou *parasemia*, que se encontra nos estados confusionaes (gestos e attitudes extravagantes, bizarros).

Os gestos e attitudes são, como a expressão physionomica, tributarios do estado mental e, portanto, variaveis com este; assim, ha attitudes *humildes* (estados depressivos), *altivas* (delirio de grandeza), *contrafeitas* (estados allucinatorios, catatonia), *amaneiradas* (catatonia, demencia precoce), *passionaes* (delirio hysterico), *coquettes* (hysteria, catatonia).

A *echosemia* ou *echopraxia* é a imitação dos gestos d'outrem; é vulgar na catatonia e na demencia precoce.

O *riso incoercivel* ou *paroxystico* de certos hystericos e catatonicos parece ser um caso de *parasemia;* o mesmo póde dizer-se do riso dos dementes precoces.

Da linguagem fallada. — Têm o nome de *dyslogias verbaes*. Podem referir-se á *voz*, á *fluencia* das palavras, á *syntaxe* ou modo de construir a phrase, e ao *vocabulario* ou escolha dos termos.

As perturbações da voz são: de *intensidade* (voz *elevada*, voz *estridente*, nos estados de exaltação; voz *baixa*, voz *sumida*, nos estados depressivos); de *timbre* (voz *de polichinello*, voz *guttural*, voz *nasalada*, em alguns delirios palingnosticos); de *altura* (voz *bitonal*, voz *eunucoide*, em alguns imbecis e fracos de espirito); de *intonação* (voz *declamada* de certos megalomanos, voz *gemente* de alguns melancolicos anciosos, voz *monotona* ou sem accentuação de muitos imbecis, voz *tendenciosa*, em que certas palavras são accentuadas de um modo particular, como que sublinhadas por uma especial intonação para exprimirem emphaticamente certas ideias).

As perturbações de fluencia são: a *logorrheia* ou *verborrheia* (fluxo activo de palavras, correspondendo a uma rapidissima associação de ideias, como se observa na excitação maniaca e no periodo inicial de certas paralysias geraes); a *incoherencia* ou *verbigeração* (sequencia de palavras sem sentido phraseal, correspondente a uma perturbada associação de ideias, ou *salada de palavras*, de Forel, como se observa na mania aguda, na confusão mental e na demencia precoce); a *bradilalia* (palavra lenta, difficil, morosa, como nos estados depressivos); o *mutismo* (quer *vesanico* ou voluntario em relação com ideias delirantes e allucinações, quer hysterico ou abulico, dependente de inhibições); a *reticencia* (semi-mutismo voluntario em que o doente occulta o que lhe convem e que se observa frequentemente na paranoia).

Importa notar que o *mutismo hysterico* é uma abulia systematisada, uma impotencia de vontade; incapaz de exprimir-se pela palavra fallada, o doente procura exte-

riorisar o seu pensamento por gestos, por expressões mimicas e pela escripta.

O *mutismo vesanico* é voluntario: o doente não falla, porque não quer, e furta-se, portanto, a todos os meios de exteriorisação, tornando-se amimico, asemico e agraphico. O mutismo vesanico reconhece varias causas. A's vezes depende do desejo que o doente tem de occultar ideias, que sabe serem o motivo do seu isolamento (perseguidos); outras vezes do receio de matar ou de perder alguem, fallando (melancolia); outras, da convicção que o doente tem de que é indigno de conversar com quem quer que seja (melancolia com ideias de humildade) ou de que não possue os orgãos da voz (melancolia hypocondriaca); outras ainda, do negativismo, que o faz abster-se de corresponder a uma exhortação, a um pedido (demencia precoce); emfim, de um estado allucinatorio (vozes imperativas prohibem o doente de fallar).

A *mussitação* é um mutismo por falta de intonação ou impotencia funccional da voz, determinada por estados depressivos; o doente, profundamente abatido psychicamente, move os labios, articula, mas não falla, por falta de energia, por ausencia de tonalidade cenestetica. A mussitação nada tem que vêr com a *aphonia*, que resulta de perturbações periphericas.

O *mutismo aphasico* pertence ao grupo dos symptomas physicos.

O mutismo é muitas vezes um expediente dos *simuladores*.

E' difficil classificar a *alalia* ou ausencia congénita da palavra, que se observa em certos idiotas microcephalos. Considerando-a o resultado da ausencia do pensamento, é uma *alogia* e pertence ao grupo dos symptomas psychicos da alienação mental; considerando-a, porém, como consequencia de uma falta de differenciação hystologica do cortex, pertence ao grupo dos symptomas physicos.

Na realidade, ella é uma e outra coisa, podendo indifferentemente collocar-se n'um grupo ou n'outro.

A *echolalia* é a repetição, por parte do doente, das palavras do interlocutor. Observa-se na *imbecilidade* e em certos estados transitorios de *obnubilação intellectual* passageira.

A *cropolalia* é o impulso irresistivel a pronunciar palavras obscenas. E' uma perversão da actividade nos dominios particulares da linguagem.

As *estereotypias verbaes* consistem na repetição consciente ou semi-consciente das mesmas palavras ou das mesmas phrases. A's vezes são consequencia de um estado de enfraquecimento psychico; outras, representam um processo defensivo de certos doentes contra as machinações de inimigos (delirio de perseguições). As estereotypias verbaes têm por vezes a extensão de um discurso; lembram um *boniment*.

As PERTURBAÇÕES DE SYNTAXE mais frequentes são: aquellas em que o doente falla de si como de uma terceira pessoa e leva os verbos sempre ao infinito *(linguagem de preto)*; aquellas em que as preposições são supprimidas, como por economia se faz nos despachos telegraphicos *(linguagem eliptica)*; e aquellas em que a negativa é sempre posposta ao verbo (poder-se-hia chamar-lhe *linguagem transposta* ou *linguagem infantil*, porque algumas vezes se observa nas primeiras edades). D'esta ultima variedade combinada com a linguagem de preto tenho observado um exemplo curioso n'uma idiota; para significar que o pae a não visitou um certo domingo, disse-me: *Pae vir visitar a menina não.*

As PERTURBAÇÕES DE VOCABULARIO SÃO: os *neologismos* ou palavras inventadas para exprimir sensações e estados d'espirito muito particulares (frequentes nos perseguidos), e as *dyslogias* verbaes ou palavras phantasticas a que

não corresponde um sentido qualquer (observaveis na demencia).

Os neologismos dos perseguidos são ás vezes palavras *cabalisticas*, tendo um poder especial e empregadas como um meio de defeza.

As *dyslogias* verbaes dos dementes são talvez palavras *estropiadas* ou palavras ouvidas e não comprehendidas, a que o doente dá um sentido seu e arbitrario. *Alegriado*, *agnostico* e *burminico* eram os vocabulos com que um demente invariavelmente respondia á minha pergunta: Como está? *Alegriado* é provavelmente um desvio de *alegre; agnostico* póde ser um vocabulo que elle tivesse ouvido sem o comprehender e a que désse um sentido qualquer, e póde ser tambem uma alteração de *diagnostico* ou de *prognostico*, palavras que muitas vezes teria escutado na enfermaria; *burminico* póde ser uma corrupção de *bulimico*, palavra que elle teria ouvido aos medicos a proposito de outro doente.

Da linguagem escripta.— Têm o nome de *dyslogias graphicas* ou *dysgraphias*. Podem considerar-se em relação aos *caracteres*, á *fluencia* das palavras, ao *vocabulario* e ao *estylo*.

As PERTURBAÇÕES DOS CARACTERES ou dos signaes graphicos são variadas, o que facilmente se comprehende considerando que estes signaes representam para a linguagem escripta o mesmo papel que a voz para a linguagem fallada.

Os *caracteres grandes*, bem lançados, bem distinctos, observam-se nos estados expansivos, nomeadamente na euphoria dos *hypomaniacos*, e corresponde á voz elevada dos mesmos doentes; os *caracteres precipitados*, irregulares, que se observam na *mania aguda*, fazem *pendant* á voz estridente; *os caracteres pequenos*, pouco nitidos, que se observam nos estados depressivos, equivalem á voz

baixa e *sumida* dos melancolicos; os *caracteres desiguaes, mal dispostos*, de irregular e mudavel direcção, correspondem á bitonalidade das dyslogias verbaes.

As PERTURBAÇÕES DA FLUENCIA são: a *graphorrheia* ou *graphomania* (incontinencia de escripta, observada sobretudo nos perseguidos e hypocondriacos); a *incoherencia* (vulgar na escripta dos maniacos e dementes); as *estereotypias graphicas*, que são o *pendant* das estereotypias verbaes; e o *mutismo graphico* (recusa a escrever, commum a grande numero de alienados).

E' preciso não confundir o *mutismo graphico*, phenomeno de caracter voluntario, com a *agraphia*, que é uma impotencia, um facto involuntario.

As PERTURBAÇÕES DA SYNTAXE E DO VOCABULARIO são na linguagem escripta as mesmas que na linguagem fallada.

As PERTURBAÇÕES DE ESTYLO são numerosas, mas pouco estudadas.

Nos perseguidos tenho observado muitas vezes um estylo diffuso, imagetico, em que os neologismos e as metaphoras abundam.

Alguns megalomanos usam de um estylo conciso, feito de pequenas phrases syntheticas, de curtos periodos, em que cada oração encobre um conceito de grande generalidade apparente.

Muitos degenerados abusam da antithese; alguns têm um estylo rebuscado, em que tudo é singular e bizarro: o vocabulario, cheio de archaismos; a syntaxe, deformando a construcção analytica da phrase; o emprego das figuras, em que a periphrase abunda; o rythmo, sempre irregular e em que é chocante o contraste entre a obesidade de certos periodos e a emaciação d'outros. Este estylo, de uma riqueza apparente, é de uma pobreza real, que attinge a indigencia, porque nunca a phrase dá a

nota exacta da ideia, nunca a palavra traduz fielmente a sensação ou a emoção; é confuso, e na sua redundancia, na sua adjectivação exagerada, denuncía um Eu hypertrophico. Temo-lo observado sobretudo em casos de loucura lucida e de neurasthenia constitucional.

II. — SYMPTOMAS PHYSICOS OU SOMATICOS

A. — Relacionaes

Perturbações da sensibilidade. — São de tres ordens: *anesthesias* e *hypoesthesias* (perdas e diminuições), *hyperesthesias* (exageros) e *perversões* (desvios qualitativos).

As *anesthesias* e *hypoesthesias tactis* (ausencia ou embotamento da sensibilidade cutanea) são frequentes na *idiotia*, na *demencia*, nos casos avançados da *paralysia geral*, nos estados confusionaes, sobretudo na *estupidez*, na *epilepsia* e na *hysteria*. Os doentes affectados d'estas psychoses supportam, com absoluta indifferença, a passagem de moscas sobre a face e chegam a ser insensiveis ás cocegas.

A *thermo-anesthesia* é frequente na *mania* e na *melancolia*. Nada mais vulgar do que vêr doentes affectados d'estas psychoses exporem-se na mais perfeita indifferença a toda a sorte de altas e baixas temperaturas.

A *analgesia* (insensibilidade para a dôr) observa-se na *estupidez*, na *demencia* adiantada, n'um grande numero de casos de *melancolia*, sobretudo de feição mystica e na *hysteria*. A combustão voluntaria de um membro (Christian), o arrancamento dos olhos (Cullèrre), a castração e toda a sorte de automutilações têm sido observadas n'esta ordem de doentes, sem o mais ligeiro indicio de dôr.

Nos loucos affectados de nevroses e myelopathias estas perturbações da sensibilidade são antes imputaveis á doença nervosa que á mental; nos outros, ellas reconhecem por causa desvios da attenção inherentes aos delirios.

A *anesthesia cenesthetica* (ausencia de sensibilidade visceral) é frequente na *hypocondria*. E' á falta de sensações derivadas do exercicio de certos orgãos que deve attribuir-se a ideia delirante da não existencia d'elles, commum n'estes doentes. A anesthesia cenesthetica é constante no *syndroma de Cotard* (melancolia com ideias de negação e de immortalidade). Temos observado *melancolicos* e *paralyticos geraes* que não experimentam as sensações de *fóme*, de *sêde* e de *saciedade*. O mesmo acontece paroxysticamente na *hysteria*.

A anesthesia genital é de regra nas *psychoses depressivas* e observa-se algumas vezes na *hysteria*. O mesmo acontece paroxysticamente na *epilepsia*.

A *anesthesia kynesthetica* (insensibilidade dos movimentos) encontra-se na *melancolia*, na *catatonia* e ainda, como observámos, na *paralysia geral*. A esta insensibilidade muscular se devem em grande parte as attitudes extravagantes e difficeis que certos doentes tomam e mantêm longo tempo. Deitado na cama, um paralytico geral de nosso serviço nunca repousava, emquanto acordado, a cabeça sobre o travesseiro.

A ausencia da sensação de *fadiga* é frequente nos *maniacos* e nos *melancolicos anciosos*.

A *hypoesthesia* da *vista*, do *ouvido*, do *olfacto* e do *gosto* são frequentes na *idiotia*, na *demencia* e nas *psychoses depressivas;* episodicamente, observam-se no *hysterismo*.

As hyperesthesias são symptomas menos frequentes que as anesthesias. Observam-se nas *remissões dos delirios melancolicos* (Semal) e nos paroxysmos da *hysteria;* a hyperesthesia acustica ou *hyperacusia* é vulgar na *neurasthenia* constitucional.

A hyperesthesia genital é frequente nas *involuções senis*, em alguns casos de hysteria e no periodo prodromico da *paralysia geral* e da *mania*.

As *perversões* da sensibilidade mais frequentes são

as que se referem ao *gosto*. A ellas se deve attribuir a *cropophagia* (deglutição de fezes) de um grande numero de *idiotas* e *dementes*, e a predilecção extranha de certos *hystericos* por substancias repugnantes. As *perversões sexuaes* (homosexualidade, pederastia, sadismo, masochismo) são syndromas dos *degenerados hereditarios*. As *perversões cenestheticas* e *tactis* distinguem-se difficilmente das illusões e allucinações visceraes e cutaneas.

As anesthesias e hyperesthesias podem ser *geraes* ou *locaes*, quanto á séde, e *continuas* ou *intermittentes*, quanto á marcha. As anesthesias e hyperesthesias locaes coexistem muitas vezes.

As perversões são quasi sempre intermittentes e paroxysticas; todavia, as dos idiotas e dementes são continuas.

Perturbações da motilidade. — Estudámos n'outro logar, sob a designação de *perturbações da actividade*, os symptomas d'ordem *psychomotora;* aqui referir-nos-hemos apenas ás perturbações motoras que estão na dependencia immediata dos musculos, dos nervos, da medula e mesmo do encephalo, emquanto centro trophico.

Estas perturbações motoras consistem em *paralysias*, em *paresias*, em *caimbras* ou *contracturas*, em *ataxias*, em *convulsões*, em *vertigens*, em *tremulos*.

As paralysias por *atrophia muscular* observam-se com relativa frequencia na *idiotia*, nas *demencias* por lesões cerebraes em fóco e na *paralysia geral* em periodo avançado.

As paresias por *deficiencia de tonicidade muscular* são communs nas doenças que acabamos de citar e ainda na hysteria. A falta do tonus ou relaxamento dos esphincteres explica as evacuações involuntarias dos idiotas, dos dementes e, em geral, dos alienados chronicos; o seu *gatismo* (habitos immundos) não tem muitas vezes outra explicação.

As contracturas podem proceder quer de *lesões en-*

cephalicas, quer de *nevroses;* e assim se observam na *idiotia*, na *demencia hemorrhagica*, na *loucura hysterica* e na *epileptica*. A simples *rigidez* por *excesso de tonicidade muscular* observa-se, quando generalisada, principalmente nos *estados confusionaes* e, quando parcial (caimbra), nas *psychoses depressivas*.

As ataxias (incoordenações dos movimentos voluntarios), quando não têm uma origem psychica e não traduzem a perplexidade dos doentes, como acontece nos *obsessivos*, são tributarias de lesões medulares ou encephalicas, acompanhando a loucura.

As convulsões nos alienados reconhecem por causas principaes a *hysteria* e a *epilepsia*, de que constituem as crises e ataques.

As vertigens com *queda* e com *movimentos involuntarios* (propulsivos, giratorios, estereotypados) caracterisam a *epilepsia;* as vertigens com simples *desordem* ou vacillação de movimentos observam-se frequentemente nos *melancolicos* e nos *obsessivos*.

Os tremulos são vulgares na alienação; os que mais frequentemente se observam e que têm um maior valor diagnostico são os da *paralysia geral* e do *alcoolismo*. Descrevel-os-hemos a proposito d'estas cerebropsychopathias.

Dysarthrias. — Estudámos n'outro logar as perturbações da linguagem que reconhecem uma causa ou origem psychica; as que n'este momento nos importa considerar, têm uma causa somatica, porque dependem de lesões corticaes, bulbares, dos nervos ou dos musculos, n'uma palavra, de todo o vasto apparelho interessado na exteriorisação mimica, vocal ou graphica do pensamento.

São de tres ordens, segundo a linguagem a que se referem.

As PERTURBAÇÕES MIMICAS estão na dependencia de *paralysias* e *atrophias* dos musculos. Comprehende-se que uma paralysia facial inutilise a expressão physionomica, produza uma *amimia;* egualmente se comprehende que a paralysia ou a atrophia de um grupo de musculos do braço determine a suppressão de gestos ou a *asemia.* Mas o interesse d'estas perturbações, grande em nevrologia, è secundario em psychiatria.

As PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM FALLADA, de origem cortical, são: a *aphasia motora* (impossibilidade para o doente de exprimir por palavras o seu pensamento, comquanto comprehenda o que ouve), ligada a lesões da parte posterior da 3.ª circumvolução frontal esquerda ou circumvolução de Broca, nos dextros, e no logar correspondente á direita, nos sinistros; a *aphasia sensorial* ou (Vid. pag. 66) *surdez verbal* (impossibilidade para o doente de comprehender o que outrem diz, com integridade da funcção motora da expressão verbal), ligada a lesões do centro de Wernike na circumvolução temporal superior esquerda; a *aphasia total,* a que poderiamos dar o nome de *surdo-mudez cortical* (realisada pela coexistencia das aphasias motora e sensoril); a *aphasia amnesica* (perturbação ou abolição da memoria das palavras), dependente quasi sempre das aphasias motora e sensoril; e a *paraphasia* (formação de palavras anormaes e sem sentido no meio de termos correctos e exactos), ligada sobretudo á aphasia sensorial.

As perturbações de origem extracortical chamam-se *dysarthrias* ou *anarthrias;* são articulações imperfeitas por paralysia ou paresia dos musculos que concorrem á formação da palavra: da lingua, dos labios, do veu palatino, da pharynge, da larynge e do thorax. Estão comprehendidas nas dysarthrias (palavra bulbar): a *gaguez;* a *voz nasalada,* indistincta, hesitante, lenta e interrompida por certos movimentos respiratorios incorrectos ou

inopportunos; a *palavra brusca (voix scandée*, dos francezes), em que os vocabulos são interrompidos na emissão das syllabas ou as phrases na emissão dos vocabulos; a *palavra empastada* em que as syllabas não são pronunciadas distinctamente (palavra dos paralyticos e dementes senis); a *palavra hesitante (bégaiement*, dos francezes) por inervações espasmodicas de certos musculos linguaes (palavra da paralysia geral).

As PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM ESCRIPTA, de origem cortical, são conhecidas pelo nome de *agraphia* (impossibilidade de escrever). Convem distinguir esta agraphia de origem somatica e quasi sempre companheira da aphasia, da agraphia de origem psychica, podendo realisar-se isoladamente e dependendo de perturbações funccionaes da memoria (perda temporaria das imagens graphicas).

As perturbações que dependem da inervação motora dos musculos que concorrem á expressão graphica, têm o nome de *dysgraphias* e são: a *escripta tremida* (de caracteres oscillantes, como na paralysia agitante, na demencia senil, na doença de Basedow e na doença de Beard); a *escripta akinetica* (de caracteres irregulares, por motivo da paralysia de alguns musculos do braço, impedindo o doente de empunhar bem a penna, de exercer sobre o papel uma pressão ordenada, de variar a posição da mão e dos dedos); a *escripta ataxica* (incoordenada, como no tabes e na ataxia cerebulosa); a *escripta espasmodica* (irregular sobretudo pelas desegualdades de pressão da penna sobre o papel, de sorte que certos caracteres são pouco distinctos, ao passo que outros são pesadamente lançados, como na *caimbra dos que escrevem* e na *choreia)*; emfim, a *escripta paralytica* (que se observa na periencephalite diffusa e que é ao mesmo tempo trémula, espasmodica e denunciando esquecimento de lettras ou até de palavras).

B.—Organicos

Perturbações nutritivas. — Em regra, o periodo inicial da loucura caracterisa-se do lado physico por uma *diminuição*, mais ou menos consideravel, *de peso*. Esta diminuição póde continuar no periodo de estado, o que é de um pessimo augurio, ou suspender-se; n'este ultimo caso, ao fim de algum tempo de pouco sensiveis oscillações, observa-se frequentemente um augmento progressivo de peso. Se este phenomeno coincide com a attenuação dos symptomas psychicos, a doença mental encaminha-se para a cura; se não coincide, a psychose marcha para a incurabilidade.

Quando as perturbações nutritivas reconhecem uma causa toxica ou infecciosa, podem observar-se a *queda dos dentes e dos cabellos*, a *fragilidade dos ossos*, o *mal perfurante*, as *escharas*, as *descamações cutaneas* e as *alterações morphologicas das unhas*, que se escavam e apresentam sulcos mais ou menos profundos.

Perturbações circulatorias. — São muitas e extremamente variadas.

A *syncope cardiaca* marca o final de muitos *melancolicos anciosos* e de um grande numero de *alcoolicos*. A *ruptura do coração* observa-se, como resultado da degeneração gordurosa d'este orgão, em alguns casos de *demencia* adiantada.

O *rythmo* cardiaco altera-se muitas vezes. O pulso póde ser *lento*, como na *melancolia simples*, ou *frequente*, como na *mania*. Na *estupidez confusional* observa-se por vezes uma verdadeira *tachycardia;* e as *alternativas* entre pulso lento e pulso frequente são constantes na *melancolia anciosa* e nos *estados obsessivos* (paroxysmos phobicos e impulsivos). O *pulso intermittente* observa-se com frequencia nas *intoxicações;* e o *dicrotismo* acompanha os accidentes congestivos da paralysia geral.

Mas, como justamente observa Cullèrre, as perturbações circulatorias estão mais na dependencia de certos syndromas (agitação, depressão, estado demencial, anciedade) que das psychoses em que elles se realisam.

Perturbações respiratorias. — Nos *melancolicos simples e estupidos* a respiração é *lenta* e *superficial;* nos *melancolicos anciosos* e nos *obsessivos* em periodo paroxystico, é *rapida*. Em todos estes doentes se observa a *respiração suspirante*.

O suspiro, introduzindo no pulmão uma abundante quantidade de ar, corrige intermittentemente as deficiencias da oxygenação do sangue, implicadas na respiração superficial.

Perturbações vaso-motoras. — E' provavelmente d'estas perturbações que dependem, na grande maioria dos casos de loucura, as de nutrição; a acção trophica do cerebro sobre os tecidos exercer-se-hia atravez do sympathico por intermedio de vaso-dilatações e de vaso-constricções.

As alternativas de *rubor* e de *pallidez*, frequentes nos *neurasthenicos*, nos *obsessivos* e nos *melancolicos anciosos* reconhecem por causa dilatações e constricções vasculares de origem central. A *asphyxia local*, os *edemas* e o *dermographismo*, vulgares na *melancolia*, na *confusão mental*, na *hysteria* e no *alcoolismo*, têm a mesma explicação.

Pitres e Régis descreveram, sob o nome de *éreutophobia*, uma obsessão, que fazem comprehender estas palavras: «Em certos individuos, a vergonha de terem córado duplica-se do receio de tornarem a córar, de sorte que a todo o instante e em todos os seus actos se mostram inquietos, timidos, perturbados, córando por um nada, pelo simples mêdo de córar; e tão desgraçados os torna esta situação que evitam a sociedade, fazem-se sombrios, mysanthropos e chegam mesmo a pensar no suicidio».

Observámos um caso d'esta *obsessão do rubor*, e podemos affirmar que nada têm de exageradas as palavras dos dois professores de Bordeus.

Perturbações digestivas. — São as que mais frequentemente se observam nos alienados; no periodo prodromico da loucura não faltam nunca.

A *diminuição do appetite*, podendo ir até á *anorexia*, é muito vulgar na *melancolia* e na *confusão mental;* o *exagero*, podendo ir até á voracidade, é commum na *mania*, nas *demencias consecutivas*, na *idiotia* e sobretudo nos periodos avançados da *paralysia geral*.

A *constipação* é um phenomeno dos mais frequentes em todas as fórmas de loucura. Na *neurasthenia* observa-se muitas vezes uma alternancia de constipação com *débacles* dyarrheicas.

A *recusa de alimentos* (sitophobia), tendo muitas vezes por causa *ideias delirantes* (de envenenamento, nos perseguidos; de indignidade e de sacrificio, nos melancolicos mysticos; de falta de orgãos digestivos, nos hypocondriacos; de negativismo, na demencia precoce), póde tambem filiar-se em *perturbações dyspepticas*, denunciadas em alguns doentes pela *fetidez do halito* e pelo *estado saburroso da lingua*. D'aqui o successo da *lavagem do estomago* contra a sitophobia de alguns alienados.

Perturbações secretorias. — Estão na dependencia da inervação vaso-motora.

O exagero da secreção salivar ou *ptyalismo* é muito frequente na idiotia, na *demencia*, na *paralysia geral*, na *paranoia persecutoria* com ideias de envenenamento e na *demencia precoce*. Não é raro vêr n'estes doentes ulcerações dos labios e do mento determinadas pela escorrencia incessante da saliva; aos idiotas e dementes, para evitar que tragam o fato sempre conspurcado, é necessario affixar-lhes babeiros impermeaveis.

A *diminuição* da *secreção do suor* observa-se na *melancolia*, na *mania aguda* e na *estupidez*, determinando uma extrema seccura da pelle e dos cabellos. O *exagero* observa-se na *demencia precoce*, em que as crises de suor constituem um symptoma vulgar.

O cheiro nauseabundo, inseparavel de todas as agglomerações de alienados e por isso denominado *cheiro da loucura*, é por muitos observadores attribuido a modificações chimicas do suor; Morselli, todavia, crê que elle procede antes do pouco aceio d'estes doentes e do mau halito de grande numero d'elles. Frigerio responsabilisa a secreção sudoral do cheiro almiscarado de certos idiotas.

A *secreção urinaria* offerece modificações quantitativas e qualitativas muito numerosas.

A *diminuição* observa-se nas *fórmas depressivas;* na *hysteria* dá-se por vezes a *anuria* ou suppressão temporaria; o *augmento* observa-se nas *fórmas exaltadas*.

O *peso especifico* augmenta na *demencia* e diminue na *melancolia*. A urea, os phosphatos e os chloretos augmentam nos *paralyticos* e nos *maniacos;* ao contrario, mantêm-se abaixo da cifra normal nos *melancolicos* e nos *dementes*.

Na *mania transitoria*, no *delirio agudo*, no *delirium tremens*, na *epilepsia* depois dos ataques e na *paralysia geral* em seguida a accidentes epileptiformes ou apoplectiformes, observa-se a presença da *albumina* nas urinas.

Sangue. — A diminuição da hemoglobina e do numero dos globulos rubros é a regra na alienação mental; essa diminuição é sobretudo notavel nas fórmas depressivas.

Estudando a *isotonia* ou resistencia dos globulos rubros, Agostini achou-a diminuida na *pellagra*, na *melancolia*, na *idiotia*, na *neurasthenia*, na *epilepsia* em seguida aos ataques, e nas *demencias organicas*. Na *mania* e na *paralysia geral* de fórma expansiva essa diminuição sería menos notavel.

A *toxicidade* do sangue augmentaria nos estados de excitação e diminuiria nos depressivos (d'Abundo); e a mesma sería a marcha do seu *poder bactericida*.

A *alcalinidade* do sangue sería inferior á normal nos paralyticos geraes e nos epilepticos em crises convulsivas (Lui).

No ponto de vista bacteriologico, os trabalhos de Bianchi e Ticcinino tenderiam a fazer admittir a existencia de um bacillo especial no sangue dos affectados de *delirio agudo;* todavia, não foram confirmados esses trabalhos dos psychiatras italianos.

Liquido cephalo-rachydiano. — Tem uma alta importancia diagnostica o exame microscopico d'este liquido, que facilmente se obtem pela *puncção lombar*, pequena operação isenta de perigos e muitas vezes empregada como meio therapeutico.

A *puncção lombar* pratica-se collocando o doente em decubito lateral, procurando o espaço que separa a 4.ª da 5.ª vertebra lombar e enterrando perpendicularmente, um meio centimetro abaixo da ponta da 4.ª vertebra lombar, uma agulha de 8 centimetros de comprimento. Penetrando no canal rachidiano, a agulha deixa passar um liquido claro como agua purissima, de que se recolhem 3 centimetros cubicos n'um tubo afilado e cuidadosamente esterilisado. Esta operação, desde que haja cuidados de asepsia e se anesthesie a parte interessada, não tem o mais ligeiro inconveniente.

Para fazer o exame microscopico do liquido cephalo-rachydiano assim obtido, deixa-se o tubo em repouso durante um dia ou faz-se a sua centrifugação durante 15 minutos pelo apparelho de Krauss. O deposito obtido extende-se sobre uma lamina de vidro, fixando-o pelo calôr, e submette-se a uma primeira coloração, durante 5 minutos, pela hematoxilina; lava-se depois a preparação com agua e faz-se a seguir, ainda por espaço de 5 minutos,

uma segunda coloração pela éozina. Depois secca-se a preparação pelo papel-musselina.

Submettida a preparação ao exame microscopico, o liquido cephalo-rachydiano offerece, se é normal ou pertence a um portador de doença nervosa funccional ou de doença encephalica não compromettendo as meningeas, rarissimos lymphocitos; mas se pertence a doente affectado de encephalopathia que interesse as meningeas, então constata-se uma abundante lymphocitose. O protoplasma dos lymphocitos offerece uma côr de rosa, graças á éozina, e os nucleos uma côr azul violacea, mercê da hematoxilina.

A lymphocitose indica sempre que as meningeas se encontram interessadas por uma lesão organica dos centros nervosos.

Occupando-nos, na segunda parte, da paralysia geral, veremos a importancia dos dados fornecidos pelo exame microscopico do liquido cephalo-rachydiano no diagnostico differencial d'esta cerebropathia com estados dynamicos e funccionaes que podem com ella confundir-se no campo symptomatologico.

Perturbações thermicas — A temperatura é, em regra, inferior á cifra normal nos *estados de depressão;* na *paralysia geral* em periodo adiantado a diminuição thermica é por vezes notavel. Nas fórmas exaltadas observa-se algumas vezes uma ligeira hyperthermia.

Na *paralysia geral* em seguida a ataques *epileptiformes* e *apoplectiformes* a temperatura sóbe ás vezes acima de 38° e mantem-se n'esta cifra durante semanas. No *delirio agudo* ha sempre febre intensa; emfim, no *estado de mal epileptico* observam-se temperaturas superiores a 40° centigrados.

Perturbações menstruaes. — São muito communs no periodo agudo de todas as psychoses. A suppressão tem-

poraria ou *amnorrheia* e a diminuição e irregularidade ou *dysmnorrheia* observam-se n'este periodo.

O restabelecimento regular dos menstruos faz-se no periodo da declinação da loucura ou quando esta entra em plena chronicidade.

Perturbações do somno. — Sendo o somno uma suspensão temporaria da consciencia, poderá parecer extranho que dêmos ás suas perturbações ou desordens um logar entre os symptomas *organicos* da alienação mental. A razão d'este modo de proceder encontra-se nas palavras seguintes de Morselli, que fazemos nossas: «Inclino-me, como muitos physiologistas modernos, a considerar o somno antes uma funcção geral de natureza nutritiva que um exclusivo repouso dos orgãos centraes do systema nervoso; e a isto me induz o facto de que as alterações do somno nos alienados se manifestam, de ordinario, quando o organismo offerece reacção á doença mental, cessando desde que esta se estabelece definitivamente ou desde que os delirios se systematisam, quer dizer, quando se dão as mais profundas e completas desordens de intelligencia».

O restabelecimento do somno, quando coincide com a attenuação dos symptomas mentaes de uma psychose, é muitas vezes precursor da cura.

A insomnia, emquanto *suspensão completa* do somno ou impossibilidade absoluta de dormir, toma o nome de *asomnia;* quando *incompleta* ou compativel com somnos curtos e agitados por sonhos, chama-se *agrypnia*.

As causas da insomnia podem ser (Morselli) de *origem cerebral*, quer organicas (tumores, meningite), quer funccionaes (allucinações, delirio, mêdo), de *origem peripherica* (nevralgias, nevrites) e de *origem hemocrasica*, se o sangue é perturbado no seu curso (cardiopathias), na sua quantidade (anemia) ou na sua qualidade (substancias toxicas, estimulantes).

A *asomnia* observa-se no *periodo de invasão* de todas as psychoses funccionaes e nas suas *phases de exacerbação*.

A *agrypnia* é frequente sobretudo na *mania aguda*, na *melancolia* e nas phases agudas das *intoxicações;* mas não ha psychose em periodo de estado em que ella se não observe.

Morselli dá o nome de *somno consciente* a um somno incompleto «em que o individuo está como presente a si mesmo, reconhecendo que os seus musculos e outros orgãos da vida de relação repousam emquanto alguns grupos de cellulas corticaes continuam n'um intenso trabalho». Este somno consciente, que nos estados normaes se observa nos que se entregam a longos trabalhos de intelligencia durante a noite, realisa-se, em estados pathologicos, nos *paranoicos* e *obsessivos*.

Os *sonhos* são communs nos alienados.

O sonho angustioso ou pesadello *(cauchemar*, dos francezes; *incubo*, dos italianos) observa-se principalmente na *melancolia anciosa*. Uma fórma de pesadello, que designámos pelo nome de *sonho de impotencia* ou *abulico*, é commum na *neurasthenia*. O que essencialmente caracterisa este sonho é «a impossibilidade de executar movimentos reclamados por instinctos offensivos ou defensivos, — o que está em relação com dois symptomas constantes da nevrose: *abulia* e *amyosthenia*» (Mattos). Na imminencia de um perigo, o doente quer fugir, mas sente-se chumbado ao solo; tendo fome ou sêde, quer lançar mão de um prato de comida ou de um copo d'agua, que estão perto, mas o braço não se move; certo de que uma palavra o libertaria de uma situação ameaçadora, não póde pronuncial-a, sente-se aphonico. O *sonho de impotencia* ou sonho abulico é dos mais angustiosos; o receio d'elle constitue para alguns neurasthenicos uma causa de insomnia.

Régis descreveu sob o nome de *delirio onirico* ou

delirio de sonho um estado de automatismo mental subconsciente, proprio da *confusão mental* aguda.

Certas ideias geradas durante os sonhos persistem no estado de vigilia e incorporam-se nos delirios dos alienados (Krafft-Ebing, Schüle). Régis denomina-as *ideias post-oniricas*.

Com o nome de *narcolepsia* designam-se as *crises de somno*, observadas com frequencia na *hysteria*, na *epilepsia* e nas *demencias organicas*. A toxicidade do sangue e a insufficiente irrigação do cerebro são as causas d'este phenomeno.

C.—Morphologicos

São *vicios de conformação*, e chamam-se tambem *estygmas degenerativos*, porque revelam suspensões do desenvolvimento psychico individual, determinadas quer pela hereditariedade, quer por causas que actuaram na infancia perturbando a nutrição do orgão do pensamento.

Importa não confundir, tratando-se de alterações morphologicas, os *vicios* com as *anomalias*. Ao passo que os primeiros constituem uma revelação exterior de *lesões do cerebro*, as segundas podem exprimir apenas *desvios locaes da nutrição* de um orgão externo, não implicando suspensões de evolução psychica.

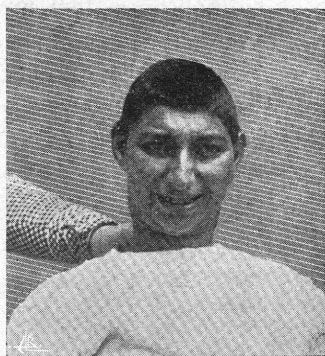
Individuos cerebral ou psychicamente sãos, podem ser portadores de uma *anomalia;* de *vicios* ou estygmas, só os degenerados.

Ao lado da hereditariedade *vesanica* e *nevropathica*, de ordinario *convergente* (Vid. pag. 16), devemos collocar a *diathesica* na génese dos estygmas. A *heredosyphilis* e a *heredotuberculose* têm um papel causal importante; e o mesmo se póde dizer das intoxicações chronicas dos paes, nomeadamente do *alcoolismo* e da *pellagra* (Agostini).

Mas desempenham ainda um papel etiologico muito notavel as *doenças da infancia* (Cotard), pela alteração

profunda que podem levar á nutrição de um cerebro em via de desenvolvimento (traumatismos, infecções adquiridas, intoxicações).

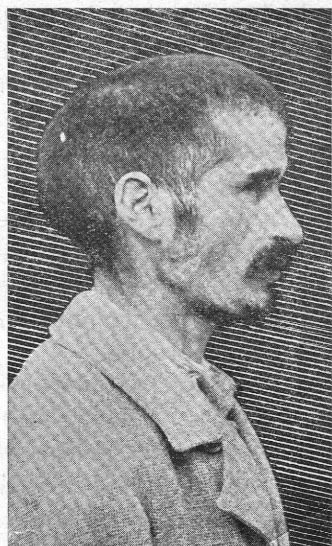
Fig. 5. — Microcephalia

Vamos occupar-nos brevemente dos estygmas que ao psychiatra mais importa conhecer.

Craneanos. — Os mais importantes são: a *microcephalia*, a *macro* ou *megalocephalia*, a *ultrabrachycephalia*, e a *ultradolycocephalia*.

Para reconhecer a micro e macrocephalia é preciso determinar a *circumferencia horisontal* ou *curva maxima* da cabeça, — linha transversal que passa, adiante, sobre o *ophrion*, atraz, sobre o ponto mais saliente do occipital e, aos lados, um pouco acima das orelhas. Se esta curva (contorno da cabeça) é inferior a 500 millimetros, realisa-se a microcephalia, que se chama *submicrocephalia*, se a inferioridade é pequena; se a curva mede mais de 600 millimetros, dá-se a macro ou megalocephalia.

Fig. 6. — Ultradolycocephalia

Para reconhecer a ultrabrachycephalia e a ultradolycocephalia é preciso determinar a relação entre o compri-

mento e a largura do craneo, o que se faz medindo com o *compasso de espessura* de Broca os diametros antero-posterior e transverso maximos. Para obter o primeiro applica-se um braço do instrumento acima da raiz do nariz, entre as sobrancelhas, sobre o ponto mais saliente da *glabella*, e o outro braço sobre a parte posterior da cabeça de modo que aflore o ponto mais proeminente do occipital. Para obter o segundo, fazem-se deslisar os dois ramos do compasso sobre os pontos mais salientes das partes lateraes da cabeça, mantendo sempre o instrumento perpendicularmente ao plano medio antero-posterior do craneo.

Estas duas medidas (comprimento e largura) permittem-nos determinar o typo craneano, que é *brachycephalo*, quando a largura excede *oito decimos* do comprimento, e *dolycocephalo*, quando a largura não excede *sete decimos* do comprimento.

Com as mesmas medidas que servem para determinar os typos craneanos — brachycephalo (redondo) e dolycocephalo (comprido), podemos achar o *indice cephalico*, que é o x das seguintes formulas:

$$\mathrm{D\,T\,m} : \mathrm{D\,A\,P\,m} :: x : 100$$

ou

$$\frac{\mathrm{D\,T\,M} \times 100}{\mathrm{D\,A\,P\,m}} = x$$

em que D T m indica o *diametro transverso maximo* e D A P m o *diametro antero-posterior maximo*.

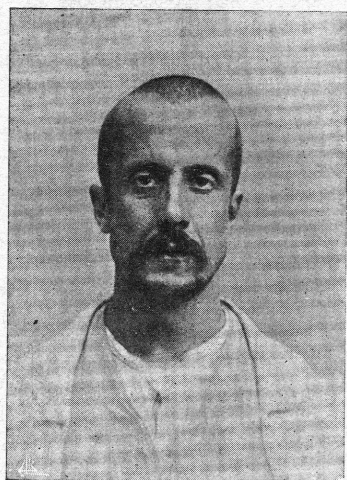
A *ultrabrachycephalia* dá-se desde que o indice cephalico excede 95, e a *ultradolycocephalia* desde que elle é inferior a 66.

Estes estygmas reconhecem por causa (Morselli): *processos morbidos* propriamente *cerebraes* (suspensões da evolução, hydrocephalia, hypertrophias e escleroses

da nevroglia); processos morbidos *sutturaes* (synostoses prematuras por osteïtes, periostites e rachitismo); e processos anormaes de *ossificação* (demora na oclusão da fontanella, ossos vormicos, deslocamento dos pontos de ossificação e outros).

Fig. 7.— Craneo escaphoide

Merecem ainda uma especial menção a *plagiocephalia*, a *oxicephalia* e a *escaphocephalia.*

Diz-se plagiocephalo o craneo ovalar, obliquo por asymetria da metade anterior ou posterior da curva maxima.

Chama-se oxicephalo o craneo curto, elevado na região bregmatica, com fronte perpendicular ou mesmo proeminente.

E' escaphocephalo o craneo em quilha, comprido, com fronte e occipital proeminentes e parietaes muito estreitos; se estes caracteres morbidos não são muito notaveis, o craneo que os apresenta chama-se *escaphoide* ou *subescaphoide.*

Fig. 8— Plagioprosopia

Faciaes. — São principaes o *prognatismo* e a *plagioprosopia.*

O prognatismo consiste essencialmente na proeminencia ou saliencia da face em relação ao craneo.

Póde dar-se á custa de toda a face, do maxilar superior, da região alvéolo-subnazal, da arcada dentaria superior ou da inferior e da mandibula.

A plagioprosopia consiste essencialmente n'um desvio ou deslocação do parallelepipedo facial em relação ao ovoide craneano (Morselli). E' frequente nos casos de epilepsia infantil (Lasègue).

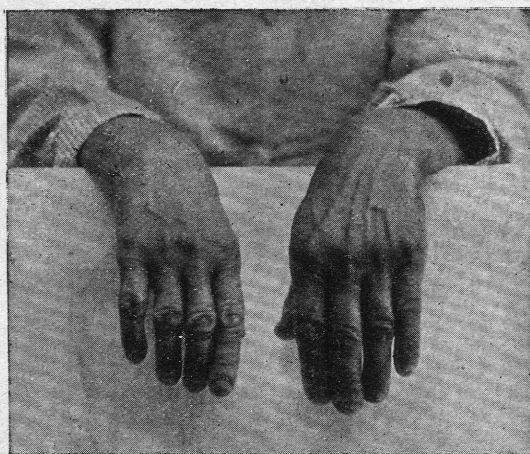



Fig. 9.— Asymetria das mãos

Dos orgãos genitaes. — Os que importa principalmente considerar são: a *atrophia* e a *hypertrophia do pénis*, o *epi* e o *hypospadias*, o *hermaphroditismo*, a *falta do hymen*, o *utero infantil*, a *queda dos pequenos labios* e a *direcção quasi horisontal da vagina e da urethera*.

Dos orgãos dos sentidos. — Os principaes vicios morphologicos do lado dos OLHOS são: a *saliencia das arcadas* e o excessivo *afastamento* ou a excessiva *approximação das orbitas*, o *olho mongolico* (palpebras estreitas e obliquas), a *ptose palpebral congénita*, a *exophtalmia*, a *au-*

sencia total ou parcial da iris, a sua *imperfuração* ou *multiplice perfuração*, a sua divisão congénita ou *coloboma*, as suas *anomalias de coloração*, a *desegualdade congénita das pupillas*, a *catarata congénita*, a *descoloração da choroideia* e o *coloboma* d'esta e da retina.

As principaes deformações estygmaticas das ORELHAS são: a *asymetria (orelha de Blainville)*, o *achatamento com ausencia de pregas e adelgaçamento*, como se observa nos macacos (orelha de Morel), a persistencia do tuberculo de Darwin (orelha de Darwin), a *proeminencia*

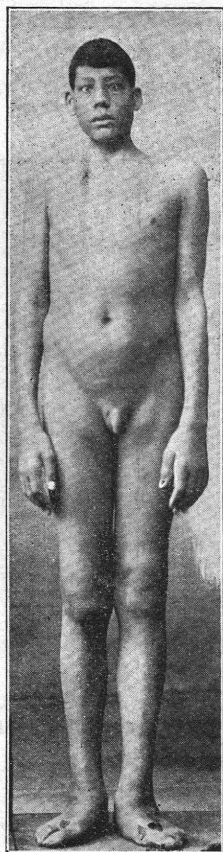



Fig. 10.— Nanismo (1^m,16; 47 annos); gigantismo (2^m,10; 22 annos). Infantilismo psycho-somatico.

do anthelix (orelha de Wildermuth), a *ausencia de lobulo*, as orelhas em *azas de açafate*, destacadas do craneo (*orecchie ad ansa*, dos italianos), as *orelhas de elephante*,

com excessiva largura do helix, as orelhas chatas (orelha de Stahl) e as *orelhas de gato*, pequenas e atresicas.

Os principaes estygmas degenerativos do lado do NARIZ são: a *ausencia*, o *exagero de volume*, a *asymetria* por desvio do scepto, e o *estreitamento* ou *obliteração das narinas*.

Do lado da BOCCA, as mais notaveis deformações estygmaticas são: o *labio lepurino*, a *macro* e a *microglossia* (lingua muito grande ou muito pequena), a *abobada asymetrica, ogival, chata, em cupula* ou *angular*, o *desvio da uvula*, a *ausencia de amygdalas*, a *asysmetria das arcadas dentarias*, a *persistencia dos primeiros dentes*, o *nanismo* e o *gigantismo* dentarios, as *implantações viciosas* e as *anomalias estructuraes* dos dentes.

Fig. 11. — Caso de gynandria

Do lado dos MEMBROS são estygmas a notar: a *polydactilia*, a *asymetria* muito exagerada, o *pé chato*, o pé *equinio*, o pé *prehensil*, a mão grossa, espessa, empastada ou *mão idiota*.

Do pescoço e tronco. — A notar: o *bocio*, a *ausencia da grandula tyroideia*, a *asysmetria thoraxica*, o thorax em *quilha* e em *gotteira*, os *desvios da columna vertebral*, as *hernias congénitas* e a *conformação viciosa da bacia*.

Do apparelho cutaneo. — A notar: a *ausencia do sys-*

tema piloso, a *ausencia da barba* no homem, a *barba* na mulher, a *calvicie precoce*, as *sobrancelhas unidas*, a *ausencia*, a *atrophia* e a *hypertrophia das unhas*, as *manchas pigmentares*, o *myxœdema*.

Do anus e dos orgãos internos. — A *imperfuração*, a *atresia* e a *abertura anormal do anus* são vicios morphologicos relativamente frequentes.

Podem observar-se nos orgãos profundos *posições anormaes* e *conformações atypicas*.

Da estatura e do aspecto. — A notar: o *gigantismo*, o *nanismo*, o *infantilismo*, o *androginismo* (aspecto feminil nos homens) e a *gynandria* (aspecto másculo nas mulheres).

III.—SYNDROMAS

Denominam-se assim os agrupamentos indissoluveis de alguns dos symptomas physicos e mentaes até aqui estudados.

Porque se formam estes agrupamentos ou, o que vale o mesmo, porque são certos symptomas de tal modo solidarios que a presença de uns implica a dos outros? Estas indestructiveis coexistencias symptomaticas só póde explical-as uma conhecida ou supposta unidade pathogenica; e d'esta consideração deriva a natural importancia do seu reconhecimento clinico, exagerada por alguns psychiatras até ao ponto de affirmarem que no estado actual da psychiatria não ha doenças, mas apenas syndromas, porque não é possivel ainda subordinar a *lesões* os symptomas e a marcha dos desvios mentaes.

E' inexacta, como opportunamente veremos, esta affirmação. As cerebropsychopathias são doenças tão bem definidas como quaesquer outras da pathologia commum; por outro lado, é indiscutivel que um mesmo syndroma póde apparecer em affecções de substracto anatomico, de

marcha e de prognostico differentes. Entretanto, reconhecer os syndromas é subir um degrau na via ascendente do diagnostico, porque é aproveitar para a synthese geral, representada por este, as syntheses parciaes que se nos offerecem naturalmente preparadas.

Demencia. — E' um syndroma psychico dos mais communs. Consiste na decadencia ou diminuição de todas as funcções mentaes.

Do lado intellectual, são symptomas formativos constantes a *amnesia*, o rapido *exhaurimento da attenção*, a *indigencia das representações* e a *lentidão dos processos associativos*.

A amnesia, emquanto symptoma demencial, offerece de importante a sua marcha: começando por incidir sobre factos recentes e nomes proprios, só lentamente invade os factos remotos, os nomes communs e as palavras que exprimem qualidades e relações (adjectivos e verbos). D'esta amnesia procede o enfraquecimento da funcção de julgar, que suppõe a possibilidade de manter presentes pela memoria successos ou imagens de coisas a comparar.

O exhaurimento rapido da attenção, sobretudo reflectida, é um symptoma constante, que póde ser posto em evidencia por varios processos: prolongando um interrogatorio, fazendo lêr ao doente algumas paginas e convidando-o a repetir em seguida o seu contheudo ou convidando-o a fazer calculos e resolver problemas de arithmetica. Este ultimo processo, que é excellente, põe ao mesmo tempo em relêvo a penuria do raciocinio.

A indigencia das representações é outro symptoma que não falta na constituição d'este syndroma. As imagens apagam-se, desvanecem-se, perdem os contornos e a precisão; d'aqui a ausencia ou a difficuldade do reconhecimento das pessoas e coisas.

A obliteração progressiva das imagens verbaes gra-

phicas explica os erros grosseiros de orthographia praticados pelos dementes e, por ultimo, a sua agraphia.

O afrouxamento na associação das ideias é ainda um symptoma que não falta e que facilmente se surprehende na conversa e sobretudo nas descripções e narrativas.

Do lado affectivo observa-se um *estreitamento dos sentimentos altruistas* em beneficio de um egoismo preponderante e de uma *emotividade* infantilmente *exagerada*.

Do lado da vontade notam-se uma *ausencia de iniciativa* e uma mais ou menos accusada *incapacidade para tomar e manter decisões* sobre quaesquer assumptos; e assim o demente, perdida a energia de caracter, deixa-se governar e dirigir quer por suggestão, quer por intimidação.

Os symptomas de deficit mental cuja reunião fórma a demencia, são susceptiveis de graus intensivos differentes.

Como foi dito, a demencia é um syndroma psychico dos mais communs; ella apparece, com effeito, na senilidade, na paralysia geral, na hemorrhagia e amollecimento cerebraes, nas intoxicações chronicas e n'um grande numero de psychoses ainda hoje denominadas *vesanicas* por se desconhecer o seu substracto anatomico.

Syndroma paralytico. — E' d'ordem psychomotora, e realisa-se todas as vezes que á *demencia* se juntam *paresias*, *tremulos* e *ataxias*.

As paresias podem limitar-se aos membros e á face ou invadir os musculos lisos, que perdem a sua tonicidade. No primeiro caso a *marcha* é *pesada* e *incerta*, a força dos braços diminue, e a *face*, tornada *amimica*, ao menos parcialmente, offerece um aspecto de mascara inexpressiva. No segundo caso, exonerações involuntarias apparecem, realisando o *gatismo;* se os musculos intestinaes são interessados, tem logar a *cropostase*.

Os tremulos observam-se sobretudo nos membros superiores, nomeadamente nas mãos, difficultando os mo-

vimentos precisos e delicados, como os da escripta, e na lingua, tomada de movimentos *vermiculares*.

As ataxias ou *incoordenações de movimentos* observam-se nos membros superiores e inferiores e na lingua. A ataxia e o tremulo d'este orgão explicam a *dysarthria*.

O syndroma paralytico observa-se com muita frequencia nas *intoxicações chronicas* e nas *cerebropsychopathias* (alcoolismo, syphilis cerebral, senilidade). A constancia d'este syndroma na paralysia geral explica o nome de *pseudo-paralysias geraes* dado a certas fórmas de psychopathias em que elle é preponderante (pseudo-paralysia geral alcoolica, pseudo-paralysia geral syphilitica).

Syndroma neurasthenico. — E' d'ordem psychosomatica. Concorrem na sua formação todos ou a maior parte dos symptomas seguintes: *myasthenia*, *cephaleia*, *dyspepsia atonica*, *perturbações de somno*, *diminuição genésica* e *depressão mental*.

A myasthenia ou fadiga muscular determina uma sensação geral de exhaurimento e de falta de tonicidade, que se traduz por indisposição para o movimento.

A cephaleia tem um caracter gravativo e é umas vezes *diffusa*, outras, mais ou menos *limitada;* n'este ultimo caso as regiões de eleição são a nuca e a fronte. A sensação de um annel de ferro ou de um capacete de chumbo, apertando a cabeça, é muito frequente.

A dyspepsia atonica é gastro-intestinal; manifesta-se por sensação de peso no epigastro, por morosidade nas digestões, tympanismo e constipação, que não raro alterna com diarrheia.

As perturbações do somno são muito variadas; as que se observam mais vezes, são uma incompleta insomnia nocturna e uma narcolepsia diurna procedendo por crises.

A diminuição do poder sexual não é constante ou,

pelo menos, não é muito sensivel sempre; casos ha, porém, em que constitue um dos elementos preponderantes do syndroma neurasthenico.

A depressão mental não é senão a consciencia de uma cenesthesia intensamente perturbada. O tedio e a falta de autoconfiança são expressões constantes d'esta depressão.

O syndroma neurasthenico é vulgar; observa-se no periodo prodromico da paralysia geral, no curso das psychopathias syphiliticas, antes e depois das crises epilepticas ou hystericas e na melancolia.

Excitação. — Denomina-se assim o syndroma que consiste n'uma *hyperactividade motora de origem affectiva.*

Importa não confundir este syndroma com o simples excesso automatico de movimentos, a que convem o nome de *agitação*. N'este caso os actos multiplos, desordenados ou violentos, estão na exclusiva dependencia de uma irritação dos centros motores e não são motivados; na excitação têm uma génese affectiva e um condicionalismo psychologico.

Todos os sentimentos morbidamente exagerados, qualquer que seja a sua natureza, podem provocar a excitação. Se são *alegres*, como a autophilia, ou, pelo menos, *dynamogénes*, como a cólera, a hyperactividade motora acompanha-se de uma hyperactividade ideativa; assim generalisada, a excitação toma no primeiro caso o nome de *expansão* e no segundo de *exaltação*. Mas se os sentimentos que provocam a sobreactividade motora são de natureza *penosa*, como a psychalgia, a excitação é limitada, parcial e toma o nome de *anciedade*.

A *expansão* manifesta-se por movimentos faceis, por loquacidade, pelo riso, pelo canto e por uma physionomia que traduz superioridade, bonhomia, prazer.

A *exaltação* traduz-se por movimentos energicos e aggressivos, por loquacidade e pela expressão physiono-

mica de orgulho irritado, de vaidade ferida, de superioridade pessoal em lucta com obstaculos.

A *anciedade* revela-se por movimentos desordenados, numerosos, mas pouco variados e indicativos de desespero (arrancar cabellos, torcer as mãos, etc.), por gemidos, por chôro, por monotonas exclamações de dôr e por uma physionomia contracturada, afflictiva, cheia de pavôr.

A simples *agitação* consiste n'uma desordem d'actos e de linguagem, n'uma successão de movimentos sem determinismo psychologico (aggressões bruscas e immotivadas, fugas, riso incoercivel, *grimaces*, gestos estereotypados).

A *agitação* observa-se na *idiotia*, na *demencia precoce*, na *demencia senil*, nas demencias consecutivas.

A *expansão* observa-se na *hypomania*, no periodo prodromico da *paralysia geral* e em certos *delirios systematisados*.

A *exaltação* é um syndroma vulgar da *mania aguda* e da *epilepsia*.

A *anciedade* encontra-se na *melancolia*, na *amencia allucinatoria*, e em certas phases delirantes da *epilepsia* e da *hysteria*.

O estudo dos symptomas e syndromas que acabamos de expor constitue o que em psychiatria se chama o *exame directo*, comprehendendo duas partes: o *interrogatorio* e a *inspecção*.

CAPITULO III

EVOLUÇÃO

Ao estudo das causas e dos symptomas da alienação mental succede naturalmente o da sua *evolução*, — não menos interessante, quer nos proponhamos, como nosologistas, assignalar a uma dada especie o seu logar na classificação, quer, como clinicos, visemos a tratal-a, quer, emfim, procuremos, como medicos legistas, determinar n'um dado momento o seu começo e a sua duração provaveis.

A não ser nos casos congénitos e salientemente estygmatisados, o diagnostico de uma psychose é impossivel, se apenas conhecemos os symptomas observados e as causas averiguadas. Em rigor, o exame dos phenomenos morbidos conduz-nos á construcção de *syndromas*, não de *doenças;* e a investigação das causas, sempre difficil e quasi sempre incompleta (Vid. pag. 16), pouco nos auxilia, em regra.

Em face de um doente excitado, verborrheico, incoherente, conspurcado e com o fato em desalinho ou coberto de flôres e emblemas, de quem me dizem que não dorme e que fez abusos venereos e excessos de trabalho antes da explosão da psychose, o que eu posso affirmar com segurança é apenas um *estado maniaco* ou, se quizerem, a *mania* emquanto syndroma. Essa mania,

porém, affirmada sobre symptomas vistos e sobre um banal informe etiologico, póde tanto ser uma *doença* (psychose accidental), como um *accesso* (phase de uma psychose constitucional, cyclica ou intermittente), como até um simples *prodromo* (da paralysia geral ou da demencia senil, por exemplo). Só a evolução poderá permittir-me um juizo medico definitivo e seguro, que aproveite ao tratamento do doente e que não me comprometta, como clinico, levando-me a um prognostico favoravel, cujo desmentido a familia me não perdoaria.

O mesmo póde repetir-se da *melancolia*, que é *doença* (psychose accidental), *accesso* (phase de uma loucura periodica), syndroma (da paralysia geral, por exemplo), ou ainda *prodromo* (da mania ou da demencia senil). O mesmo tambem de certos delirios circumscriptos que só da marcha tiram a sua exacta significação nosologica e diagnostica (protopathicos e symptomaticos, primitivos e secundarios).

E' ainda a evolução que nos permitte em certos casos distinguir, como medicos legistas, as falsas das verdadeiras psychoses, desmascarando os *simuladores*.

De resto, a importancia do estudo a que vamos proceder, é posta em toda a evidencia pela consideração de que não ha hoje classificação das psychoses que se não baseie sobre o conjuncto d'estes elementos, egualmente aproveitados: as *causas*, as *lesões*, os *symptomas* e a *marcha*.

DIVISÃO

A evolução ou marcha das doenças mentaes póde considerar-se relativamente á sua *direcção*, aos seus modos de *inicio* e de *terminação*, á sua *duração*, aos seus *typos* ou processos especiaes por que se realisa, e, por fim, aos periodos ou *estadios* que percorre.

E' claro que todos estes pontos de vista, fundamentos

das divisões a estabelecer, se conjugam e correspondem por modo que não pódem ser considerados isoladamente senão como artificio de exposição doutrinaria.

Direcção. — A evolução das doenças mentaes faz-se no sentido da *cura*, da *incurabilidade* e da *morte*.

CURABILIDADE. — Psychoses ha que marcham para a cura, quer naturalmente, quer sob a influencia de um tratamento adequado; taes são as accidentaes, as toxicas e as sympathicas.

Um tratamento *precoce* ou instituido desde o começo d'estas doenças mentaes, torna possivel ou accelera a marcha para a cura; a falta de assistencia apropriada e a assistencia inconveniente ou extemporanea impedem ou retardam essa marcha. Os manicomios que não recebem senão casos recentes, offerecem uma cifra de curabilidade notavelmente mais elevada que aquelles em que se admittem casos novos e antigos. Mais alto é tambem o numero de curas nas casas de saude, em que as admissões são de ordinario precoces, que nos asylos em que ellas são, na maioria dos casos, tardias.

INCURABILIDADE. — A marcha n'este sentido, quer ella se realise pela demencia, quer pela chronicidade e estereotypia dos delirios, é, infelizmente, a mais commum, porque tem logar na maioria das degenerescencias e das psychoses ligadas a lesões somaticas do cerebro e em todas as que resultam de uma suspensão de desenvolvimento psychico.

De ordinario, é pela *demencia* que terminam as psychoses incuraveis que não conduzem á morte. Todavia, algumas ha que entram na chronicidade sem passarem pela demencia; taes são as paranoias, em que a demencia, quando se observa, é o resultado, não do delirio, mas dos progressos da edade, da senectude dos vasos (Tanzi, Riva, Krafft-Ebing).

Mortalidade. — A marcha para a morte é fatal n'um certo numero de psychoses; taes são as de involução senil, a paralysia geral e as demencias primitivas (lesões em fóco).

A morte por *accidente* ou por intercorrencia de outras doenças (pneumonia, tuberculose, cachexia, cardiopathias, etc.), é uma terminação *fortuita* de grande numero de psychoses.

Não assim o *suicidio*, que é por vezes o sentido em que marcha inevitavelmente a loucura. O que dissemos sobre a hereditariedade homologa e homochrona (Vid. pag. 17) permitte comprehender o que ha de fatal na marcha de certas psychoses para esta terminação. A morte voluntaria observa-se com relativa frequencia na melancolia e nas degenerescencias com antecedentes suicidas.

Inicio e terminações. — São dois os modos por que póde começar e acabar a marcha das doenças mentaes: *brusco* e *lento*.

Começo. — A iniciação brusca da loucura é relativamente rara; no emtanto, observa-se algumas vezes nos degenerados, sob a incidencia de choques physicos ou moraes e até sob a acção de causas apparentemente insignificantes. A caracteristica instabilidade mental d'estes psychopathas explica o facto.

O caso mais vulgar, porém, é iniciar-se a loucura de um modo lento, insidioso e insusceptivel de uma fixação chronologica precisa.

Adiante veremos por que periodos está destinada a passar a marcha das doenças mentaes assim iniciadas.

Terminação. — Em regra, o modo por que termina a marcha das psychoses é o mesmo por que principiou.

A um começo brusco e sem prodromos corresponde uma terminação *subita* e *inesperada;* a um começo lento

e insidioso corresponde uma terminação *gradual*, por attenuação de symptomas.

Duração. — A marcha das psychoses, qualquer que seja o sentido em que se faça, póde ser mais ou menos demorada, segundo a intensidade dos symptomas. Sob este ponto de vista todos os casos se devem considerar sobreagudos, agudos e chronicos.

SOBREACUIDADE. — A marcha das doenças mentaes é ás vezes tão rapida que a sua duração cobre apenas algumas horas, como succede nas *loucuras epileptica* e *hysterica*, ou alguns dias, como em certos *delirios toxicos*. A marcha diz-se então sobreaguda.

ACUIDADE. — Menos rapida em outros casos, a marcha faz-se todavia dentro de algumas semanas, como no *delirio agudo* e na *confusão mental allucinatoria*, ou de alguns mezes, como na *mania* e na *melancolia*.

A marcha diz-se então *aguda*.

CHRONICIDADE. — O que mais vezes se observa é a marcha extremamente lenta, de uma duração d'annos ou de uma duração perpétua, como nas manias e melancolias de certos hereditarios e nas paranoias em que o delirio só muito vagarosamente alcança uma plena systematisação. A marcha diz-se então *chronica*.

A natureza da psychose (com ou sem lesões, com delirio systematisado ou diffuso) e a maneira por que começa, brusca ou lenta, permittem muitas vezes prever a duração. Ha loucuras chronicas *d'emblèe*.

Typos de evolução. — A marcha das psychoses affecta possivelmente tres modalidades typicas de que vamos occupar-nos.

TYPO CONTINUO. — Realisa-se quando na marcha das psychoses se não observa *suspensão* ou *sensivel attenuação* dos symptomas por que se caracterisam.

TYPO INTERMITTENTE. — Realisa-se quando no curso das doenças mentaes se observa a desapparição, por mais ou menos tempo, de todos os symptomas. As psychoses de marcha intermittente procedem, pois, por *accessos*, deixando entre si intervallos mais ou menos longos de sanidade d'espirito, que se chamam *intermissões*.

Se as *intermissões* são *regulares* ou sensivelmente *eguaes* entre si, de sorte que os *accessos* podem ser previstos, a marcha intermittente toma de preferencia o nome de *periodica*.

N'este sentido restricto (que a nomenclatura allemã não reconhece), são periodicas certas loucuras sympathicas, as menstruaes, por exemplo, e as de alguns degenerados que invariavelmente deliram n'uma determinada estação de cada anno.

As loucuras intermittentes são sempre constitucionaes.

Em regra os accessos tendem a reproduzir-se como symptomatologia e como duração, parecendo em todos os seus pormenores calcados uns sobre os outros. Todavia, se a psychose intermittente dura muitos annos, não é excepcional observar dessimilhanças, quer symptomaticas, quer evolutivas, entre os accessos. Umas vezes depois de tres, de quatro accessos francamente maniacos, um surge em que se notam symptomas paradoxaes da melancolia; outras vezes succede que os accessos ao fim de muitos annos vão ganhando em duração. N'uma degenerada hereditaria do meu serviço, recentemente curada do seu sexto accesso de loucura periodica maniaca, observei as duas ordens de modificações: este ultimo ataque durou um anno, quando todos os outros se tinham curado em tres a quatro mezes; e no começo d'este accesso surgiram e subsistiram com relativa tenacidade ideias delirantes de

peccado e de indignidade, que em nenhum dos outros appareceram. As modificações de duração tenho-as observado muitas vezes. E' bem possivel que os progressos da edade expliquem, ao menos em parte, as alterações notadas.

Typo remittente. — Tem logar sempre que os symptomas se *attenuam* de um modo sensivel ou mesmo parcialmente desapparecem por espaços maiores ou menores de tempo, que se chamam *remissões*.

Insisto, baseado na experiencia, sobre estas duas sortes de intermissões, que os auctores não costumam apontar: as que se fazem por simples *attenuações* de symptomas e as que se realisam á custa da *suspensão* ou mesmo da *desapparição* de certos symptomas com persistencia dos outros, elles proprios attenuados ou não.

As remissões d'esta ultima ordem observam-se particularmente na paralysia geral: é ahi que muitas vezes se vê suspender-se por mais ou menos tempo ou mesmo desapparecer definitivamente um activo delirio de grandezas, persistindo taes como existiam ou ainda sensivelmente attenuados os outros symptomas. Esta ausencia temporaria ou definitiva de delirio megalomano, quer os symptomas demenciaes e motores subsistam com a sua physionomia anterior *(remissões incompletas*, de Doutrebente), quer elles mesmos se attenuem *(remissões completas)*, é um facto clinicamente diverso da simples attenuação de symptomas, a que melhor caberia talvez a designação de *accalmie* e que é de observação banal na mania e na melancolia. O typo de marcha remittente, qualquer que seja a sua variedade (completa ou incompleta), differe do typo intermittente: ao passo que a *remissão* representa apenas uma pequena ou grande *melhora* na doença, a intermissão corresponde a uma *volta*, embora temporaria, *ao estado normal*, uma verdadeira phase de sanidade psychica.

Comprehende-se o valor d'esta essencial differença nas applicações forenses da psychiatria.

Alguns auctores dão ás intermissões muito curtas o nome de INTERVALLOS LUCIDOS (Cullère); outros reservam esta designação para as suspensões ephemeras ou momentaneas dos symptomas da loucura (Doutrebente). Segundo estes, o intervallo lucido differiria ao mesmo tempo da remissão e da intermissão: da remissão, porque elle não é apenas, como esta, uma attenuação, mas uma verdadeira *suspensão*, embora temporaria, da doença; da intermissão, porque não é, como esta, uma solução de continuidade entre dois *accessos*, mas entre dois momentos de uma psychose (Régis).

Esta ultima distincção é, theoricamente, mais subtil do que profunda, porque *momentos* e *accessos* de uma psychose são, na essencia, a mesma coisa: estados morbidos de um mesmo individuo, separados entre si por estados normaes. E, praticamente, no terreno da medicina legal, ella é tambem sem importancia, porque, uma vez suspensa ou interrompida a doença, todos os direitos e todas as responsabilidades se readquirem (Codigos Penal e Civil) até ao seu reapparecimento. O que verdadeiramente importa é saber se no curso de uma psychose se realisou, em dado momento, uma simples remissão ou uma intermissão.

Dá-se o nome de *recahida* ao reapparecimento de uma psychose que entrára em *convalescença*. São muito communs as *recahidas;* e este facto demonstra quanto é facil em clinica psychiatrica tomar por *cura* o que não passa de uma importante *remissão*.

Chama-se *recidiva* a repetição, sob a incidencia de novas causas pathogenicas, de uma psychose que se curou.

A *recidiva* differe essencialmente da *recahida* e do *accesso*. Na recahida trata-se de uma *só doença*, que se attenuára até parecer curada e que, sob condições desfavoraveis, se exacerbou até ás phases que precederam a

convalescença; no accesso, trata-se ainda de uma *só doença* que reapparece a intervallos; na recidiva trata-se, ao contrario, de *doenças differentes* tendo cada uma a sua etiologia própria. Opportunamente veremos o alcance d'esta distincção entre a recidiva, que é propria dos simples predispostos, e o accesso, que é caracteristico dos degenerados.

Estadios evolutivos. — Nas psychoses de typo contínuo, a marcha, qualquer que seja o seu sentido ou direcção, faz-se por estadios ou periodos susceptiveis de uma differenciação clinica.

PERIODO PRODROMICO. — E' tambem chamado de *incubação;* e este termo exprime bem o que elle offerece de vago e indistincto.

N'este periodo a psychose é ainda irreconhecivel para a maioria dos observadores e insusceptivel de diagnostico para o psychiatra. Os que rodeiam o doente sentem que *alguma coisa de anormal* se está passando, mas hesitam entre a ideia de uma doença que se approxima e a hypothese de uma simples perturbação accidental de espirito, que procuram explicar por circumstancias banaes da existencia: uma pequena decepção soffrida, um mau negocio, uma série de excessos mundanos, um augmento de trabalho habitual. O medico é raramente consultado n'este periodo; e, se o é, póde apenas reconhecer que se trata da invasão de uma psychose a definir e a diagnosticar de futuro.

Em regra, do lado psychico os symptomas preponderantes d'este periodo são d'ordem emotiva e activa: *concentração dolorosa* e *perturbações da conducta.*

O doente soffre uma dôr moral, que a si mesmo se não define, mas que o torna concentrado e inquieto. E' a *lesão do senso emotivo* (Guislain, Griesinger). O doente sente-se diverso do que era; e este sentimento é eminentemente penoso.

E' tambem n'este periodo que a conducta do doente se altera, que os seus habitos se perturbam, que uma certa modificação de caracter se esboça. O periodo prodromico da paralysia geral é sobretudo interessante em grande numero de casos. O doente faz compras inuteis, despezas immoderadas, marchas sem destino; pratíca acções inconvenientes, chocantes pela indelicadeza e grosseria; e não é raro que vá até aos actos delictuosos (furtos, attentados ao pudor). E' o periodo *medico-legal* da doença.

A *irritabilidade* excessiva, traduzindo-se por actos desordenados, colericos, e por palavras asperas e obscenas, é um phenomeno vulgar.

Um observador sagaz e experiente n'esta ordem de assumptos poderá em alguns casos descobrir no periodo prodromico de futuros delirios systematisados *perturbações intellectuaes* que se esboçam: ideias de perseguição, por exemplo, ainda mal acabadas, mas impondo-se obsessivamente e determinando no espirito uma lucta entre a situação presente e as acquisições de todo um passado social. Mas d'esta lucta o que de ordinario transparece e se exteriorisa é um estado de inquietação, de angustia, de emotividade penosa.

Do lado physico são constantes as *perturbações de somno* e as *digestivas*.

A *insomnia* é a regra. Os somnos *curtos*, muitas vezes interrompidos durante a noite e povoados de *sonhos maus*, de verdadeiros *pesadellos*, observam-se tambem com frequencia.

A *falta de appetite*, podendo ir até á *anorexia* ou repugnancia e á *sitophobia* ou regeição dos alimentos, é um phenomeno vulgar. As *eructações* e a *constipação* são symptomas quasi constantes.

No periodo prodromico das loucuras obsessivas são frequentes as perturbações *circulatorias* e *respiratorias*.

Periodo ascendente. — Não differe do periodo prodromico senão pelo exagero dos symptomas descriptos e, n'alguns casos, pelo esboço de um delirio, que na phase immediata se tornará um symptoma apreciavel e evidente.

Periodo de estado. — N'este periodo os symptomas encontram-se todos e na sua maxima intensidade; é n'elle que o diagnostico se torna possivel.

O periodo de estado é o de maior duração.

Periodo terminal. — Caracterisa-se pela declinação de todos os symptomas e, ás vezes, pela simultanea desapparição de alguns.

Em regra, a duração d'este periodo é directamente proporcional á dos periodos prodromico e ascendente, reunidos. Quanto mais lenta é a invasão de uma psychose, tanto mais demorada é a sua declinação. Entretanto, um activo e bem conduzido tratamento póde diminuir sensivelmente a duração d'este periodo, como a do anterior.

A investigação da marcha completa o *exame indirecto* ou *anamnestico*, iniciado pela colheita de informes sobre as causas endo e exogénes de uma dada psychose.

CAPITULO IV

ANATOMIA PATHOLOGICA

Sob a designação de *symptomas e estygmas physicos da alienação mental* estudámos no Capitulo II um consideravel numero de perturbações de que muitos auctores costumam occupar-se a proposito da anatomia pathologica.

E', a nosso vêr, abusivo ampliar a área da anatomo-pathologia das psychoses de modo a n'ella introduzir tudo o que na loucura tem um caracter somatico. Essa ampliação não póde fazer-se senão á custa de um proporcional estreitamento do campo da symptomatologia, tomando por *lesões* todos os *signaes* e *estygmas* da loucura, o que nos parece nocivo á clareza e precisão dos assumptos. Se os *caracteres somaticos* (symptomas, signaes e estygmas) da alienação mental podem observar-se em todo o organismo, as suas *lesões* estão todavia no cerebro, porque ella *não é uma doença de toda a individualidade senão porque é uma doença d'este orgão supremo da economia.*

Assim, só de *lesões cerebraes* apreciaveis nas autopsias nos occuparemos n'este capitulo; e muito rapidamente, por isso que a proposito de cada psychose teremos de as estudar em particular e em detalhe.

De dois modos diversos nos parece que é possivel classificar estas lesões: attendendo á sua *natureza* e á

sua *séde* nos elementos que concorrem á formação do cerebro.

Pelo que respeita á sua *natureza* ou caracter intrinseco, podem as lesões cerebraes ser d'ordem *physico-chimica* ou d'ordem *anatomica*.

Pelo que respeita á sua *séde*, podem ser dos *neurones*, das *meningeas*, dos *vasos* e da *nevroglia*.

A primeira d'estas divisões deriva de um ponto de vista geral, e será, sem duvida, a preferida n'uma phase ulterior e mais avançada da sciencia. Hoje, o que sabemos das propriedades physicas e da constituição chimica do systema nervoso é ainda tão pouco e tão precario que só conjecturalmente podemos attribuir a perturbações d'estes phenomenos elementares as desordens psychicas observadas na loucura e não explicaveis por lesões anatomicas visiveis.

Alterações physicas muito intimas que nos corpos mineraes determinam subitas mudanças de propriedades sem quebra do aspecto e da estructura d'esses corpos, nada se oppõe a que as admittamos nos corpos organicos e nomeadamente nas cellulas nervosas (Cullère). Mas que sabemos nós de positivo a este proposito? Por outro lado, os resultados da analyse chimica dos nervos em actividade e em repouso, e a constatação de um laço muito estreito entre a génese e evolução de certos delirios e a natureza biochimica das intoxicações endo e exogénes, permittindo-nos esperar um conjuncto de investigações fecundas para a psychiatria, não nos consente desde já arriscar senão passos muito incertos na pathogenia das psychoses. Até agora só conhecemos com relativa precisão as lesões propriamente anatomicas, macro e microscopicas.

Por isso n'este breve estudo começaremos por consagrar algumas palavras ás lesões *complexas*, synteticamente traduzidas em peso, em alterações morphologicas apparentes e em consistencia, passando em seguida a considerar as que podemos analyticamente descriminar no elemento nervoso, nas meningeas, nos vasos e na nevroglia.

I.—LESÕES COMPLEXAS

Designamos assim as lesões macroscopicas apreciaveis pela balança, pela vista desarmada e pelo tacto; referem-se á totalidade do cerebro e comprehendem indistinctamente alterações d'ordem physico-chimica e d'ordem anatomica.

Alterações morphologicas. — Podem ser *congénitas* e *adquiridas*. As primeiras traduzem desvios hereditarios de evolução; as segundas são o resultado de alterações physico-chimicas ainda não estudadas e de processos dystrophicos.

As alterações *congénitas* ou *originarias* (anomalias e vicios de conformação) consistem quer na extrema *simplicidade das circumvoluções e scisuras*, quer na *falta de fibras commissuraes*, quer em simples *irregularidades* dispositivas sobretudo da 1.ª e 2.ª circumvoluções frontaes.

As d'este ultimo grupo observam-se com certa frequencia nos degenerados superiores; as dos primeiros nos idiotas e nomeadamente nos microcephalos.

As alterações *adquiridas* procedem de dystrophias e observam-se nos casos chronicos de alienação mental, sobretudo nas demencias senil e por lesões em fóco. O exagerado *alargamento dos sulcos* das circumvoluções por atrophias do cortex, é a deformação mais evidente n'esta ordem de casos.

Alterações de peso. — Consideram-se pesos médios do cerebro normal 1393 gr. para o homem e 1210 para a mulher (Broca). A *diminuição*, relativamente a estas cifras, é um facto constante na *idiotia*, na *imbecilidade* (suspensões de desenvolvimento) e na *demencia* (involuções, atrophias).

Follet, baseado em 300 autopsias, dá-nos os seguintes pesos minimos na alienação mental dos tres typos:

Na idiotia. . . . 566 gr.
— imbecilidade . 1:040 —
— demencia . . 985 —

Mas ha numeros muito inferiores em idiotia microcephalica: o cerebro da Bemvinda pesava apenas 316 gr. (Bombarda).

Um facto a notar ainda, é este: ao passo que nos cerebros normaes o peso do hemispherio esquerdo excede um pouco (5 a 7 gr., segundo Luys) o do hemispherio direito, na alienação mental succede muitas vezes que o peso d'este excede de 25 a 30 gr. o d'aquelle.

Os trabalhos de Morselli e de Seppili, de Marandon de Montyel e de Cricht-Browne, citados por Cullère, puzeram em relevo esta anomalia, que é diversamente interpretada. Luys considera-a o resultado de uma hypertrophia do hemispherio direito; outros vêem n'ella o effeito de uma atrophia do esquerdo.

Alterações de consistencia. — São frequentes, sobretudo nas demencias.

A's vezes, á palpação os cerebros dos alienados parecem, ao menos em parte, *endurecidos*, o que se explica por lesões meningeas de que fallaremos a seguir; outras vezes, e este é o caso mais vulgar, parecem *amollecidos*, o que resulta de derrames, de escleroses e de atrophias do cortex.

II.—LESÕES SEGUNDO A SÉDE

Meningeas. — Na dura-mater não é raro encontrar *nucleos de ossificação*, variaveis na fórma, no volume e na séde. Dagonet affirma tel-os visto 16 vezes em 250 autopsias, o que dá uma percentagem superior a seis. Esta lesão, que póde localisar-se em qualquer ponto da dura-mater, apparece todavia mais vezes junto da foice. E'

frequente na *loucura epileptica*, na *demencia* e na *paralysia geral*.

As *adherencias ao craneo*, as *hyperemias* e a existencia de *vasos de nova formação* observam-se commummente na dura-mater dos alienados chronicos. A *pachymeningite* com ou sem hemmorrhagias intersticiaes é no *alcoolismo chronico* frequentissima.

Na *arachnoideia* são vulgares a *hyperemia*, a *ischemia*, os *espessamentos* e a *opacidade*. Esta, quer diffusa, quer em placas, dá á superficie do cerebro um aspecto opalescente, que é sobretudo vulgar na *paralysia geral*, mas que se encontra tambem algumas vezes na *mania chronica* e na *demencia*.

Os *derrames serosos* da arachnoideia vêem-se frequentemente nas fórmas chronicas da loucura.

Na pia-mater são vulgares a *hyperemia* e a *ischemia*. As suas *adherencias ao cortex*, tão intimas que é impossivel vencêl-as sem arrancar substancia nervosa, constituem um facto anatomopathologico frequentissimo na *paralysia geral*.

Vasculares. — Não é raro encontrar nos *grossos vasos* cerebraes dos dementes as *degenerações atheromatosa e calcarea*, as *nodosidades varicosas* e os *aneurismas miliares*.

Entretanto, as lesões mais frequentemente observadas incidem sobre os *capillares*. O *espessamento* das suas paredes, a sua *exagerada abertura* e os depositos de *granulações gordurosas* e de *corpusculos do sangue* são lesões vulgares. O *atheroma*, produzindo um estreitamento de calibre, encontra-se muitas vezes; e a propria *obstrucção* dos capillares por um processo inflammatorio se observa em grande numero de casos de demencia senil.

De todas estas lesões, como de uma perturbada acção vaso-motora, resultam as *congestões* e as *anemias*, quer *parciaes*, quer *geraes* do encephalo.

As congestões generalisadas dão ao cerebro uma côr avermelhada e violacea, como as anemias da mesma ordem lhe dão um aspecto descórado. As congestões e anemias, quando parciaes, pódem coexistir no mesmo cerebro, o que naturalmente explica a simultaneidade, tantas vezes observada, do torpor de certas funcções com a vivacidade de outras.

Alguns auctores, (Luys, entre outros) dão uma grande importancia ás perturbações circulatorias do cerebro, ligando a mania a estados congestivos, a melancolia a estados anemicos e a anciedade á coexistencia de ischemias e hyperemias parciaes. Comprehende-se theoricamente que assim possa ser; todavia, as autopsias não permittem affirmal-o de um modo positivo, não só porque muitas vezes acontece que os cerebros de maniacos e de melancolicos não offerecem sensiveis differenças sob este ponto de vista, mas porque congestões e anemias constatadas no cadaver são muitas vezes imputaveis (Parchappe) mais ao genero de morte que á natureza das psychoses observadas. Por outro lado ainda, é sabido que a congestão e a anemia cerebraes se realisam frequentemente sem symptomas de loucura (Régis).

Da nevroglia. — Este tecido póde ser a séde de *derrames serosos*, de *hemorrhagias* e de *escleroses*. Na paralysia geral a *hyperplasia* da nevroglia parece ser um facto constante.

Nos paralyticos geraes, segundo Luys, uma luxuriante proliferação d'este tecido intersticial produziria a compressão e esmagamento dos elementos nervosos, que assim perderiam progressivamente a sua vitalidade propria. D'este modo se explicaria a *demencia*, que é o fundo caracteristico d'esta psychopathia; e o *delirio de grandezas*, que na sua phase inicial é vulgar, dependeria da congestão que prepara o processo inflammatorio do tecido connectivo.

Do elemento nervoso. — São chamadas *parenchymatosas*, por opposição ás *intersticiaes*, de que acabamos de fallar, as lesões que têm por séde os neurones.

As lesões parenchymatosas parecem ser, em regra, *secundarias*, ou effeito das intersticiaes. Na paralysia geral, porém, dividem-se as opiniões sobre este ponto, crendo alguns na prioridade das lesões parenchymatosas (Tuczech, Klippel), outros na primitividade das intersticiaes (Magnan, Mendel, Anglade). Alguns (Dupré, Pierret) consideram que as lesões parenchymatosas e intersticiaes da paralysia geral são contemporaneas; em face do agente pathogenico todos os elementos cerebraes reagiriam simultaneamente.

Degenerescencias, gordurosa e pigmentar, e *lesões inflamatorias* incidem frequentemente sobre os neurones, quer primeiro sobre o corpo central e depois sobre os prolongamentos, quer em sentido contrario. Na pathologia especial, a proposito das intoxicações e da demencia senil, hemorrhagica e paralytica descreveremos estas lesões, procurando relacional-as com os symptomas das psychoses.

CAPILULO V

CLASSIFICAÇÃO

O estudo feito nos anteriores capitulos vae permittir-nos entrar com relativa facilidade no que tem por objecto a classificação.

As *causas*, os *symptomas*, a *evolução* e as *lesões*, que denominámos *elementos*, porque n'elles definitivamente se resolvem pela analyse clinica todas as doenças mentaes, são, por isso mesmo, as *bases* da sua classificação. A elles — a um, a alguns ou a todos, teremos inevitavelmente de recorrer na construcção dos grupos nosographicos.

O que opportunamente dissemos sobre a sua importancia auctorisa-nos desde já a affirmar que todos, e não um só ou alguns, deverão ser considerados e utilisados. Insistamos, porém, sobre este ponto de capital interesse.

Quer se trate de individuos, como nas sciencias concretas, quer de phenomenos, como nas sciencias abstractas, as classificações são *artificiaes* ou *naturaes*, segundo se fundam em similhanças e differenças de um só caracter das coisas e dos factos ou em similhanças e differenças de uma pluralidade de caracteres.

As classificações artificiaes, sempre as primeiras na

ordem chronologica, são formadas por grupos que não têm entre si connexão apreciavel, que se não suppõem, que se não implicam; pelo contrario, as naturaes, fundadas sobre caracteres multiplos e de importancia desegual, compõem-se de grupos subordinados por uma dupla relação de generalidade ou extensão decrescente e complexidade crescente (grupos e subgrupos: classes, generos, especies e variedades). Esta fundamental differença entre as duas ordens de classificações póde resumir-se dizendo que as naturaes têm uma *estructura*, que absolutamente falta ás artificiaes.

Exemplos pedidos a uma sciencia concreta e a uma sciencia abstracta vão collocar-nos sob os olhos a differença exposta.

Considerando exclusivamente o *habitat* dos animaes, classificaram-nos os primitivos zoologos em tres grupos: aereos, terrestres e aquaticos. Considerando exclusivamente o modo porque se nos revelam, classificaram os primitivos philosophos todos os phenomenos do universo em dois grupos: physicos e moraes. Eis aqui dois typos de classificações artificiaes nos dominios concreto e abstracto. Os grupos zoologicos: aereos, terrestres e aquaticos, não têm subordinação alguma entre si, nem são, elles proprios, subordinados a um grupo superior que os domine. O mesmo se dá com os grupos: physicos e moraes, diversos, mas não subordinados entre si ou a um terceiro que os abranja. N'um caso, como no outro, vêem-se differenças, mas não se percebem similhanças.

Tomemos agora na classificação natural zoologica uma classe qualquer, a dos vertebrados, por exemplo; n'essa classe ha generos, em cada um d'esses generos ha especies, em cada uma d'essas especies ha variedades. Assim, o grupo dos vertebrados contém o subgrupo dos mamiferos, que a seu turno comporta o dos carnivoros, em que está abrangido o dos felinos. Estes grupos são subordinados n'uma ordem de extensão decrescente e de

complexidade crescente: todos os felinos são carnivoros, todos os carnivoros são mamiferos, todos os mamiferos são vertebrados; mas não são verdadeiras as affirmações em ordem inversa, porque a complicação dos caracteres augmenta, partindo do vertebrado para o felino, de sorte que só alguns vertebrados são mamiferos, só alguns mamiferos são carnivoros e só alguns carnivoros são felinos.

Na classificação philosophica dos phenomenos cosmicos os grupos são: mecanicos, physicos, chimicos, biologicos, psychicos, sociaes e moraes. A generalidade que decresce e a complexidade que augmenta, são ainda manifestas n'esta classificação natural; os phenomenos são *tributarios* uns dos outros, partindo dos moraes para os mecanicos, mas não inversamente. Como na classificação zoologica, as similhanças e differenças dos grupos são por egual evidentes.

As *classificações artificiaes* não têm senão um valôr historico nas diversas sciencias, de que marcam os periodos infantis, de superficial analyse. Em regra, o caracter unico, escolhido e utilisado por ellas, sendo o mais *apparente*, é todavia o menos essencial, o menos importante das coisas ou dos phenomenos.

As *classificações naturaes* marcam a phase de maturidade scientifica; e a sua relativa perfeição depende da *variedade* e *importancia* dos caracteres utilisados. D'estes factores procedem a *complexidade* e *harmonia* maiores ou menores da sua estructura.

Não faltaram no periodo inicial da psychiatria as classificações artificiaes. Foram d'esta natureza, e não podiam ser de outra, as classificações *symptomaticas* de Pinel e de Esquirol, por exemplo, reduzindo, a primeira, todas as doenças mentaes a quatro grupos: a *mania*, a *melancolia*, a *idiotia* e a *demencia*, e a segunda a cinco, pela adjuncção da *monomania*. Uma exclusiva utilisação do *symptoma* como o elemento mais apparente e mais

apreciavel das psychoses, presidiu a estes iniciaes *arranjos*, de que apenas ficou a nomenclatura.

Foi só a partir do momento em que Morel, com uma visão genial dos phenomenos a estudar, fez intervir a *causa* na constituição dos grupos morbidos, que em psychiatria surgiram as classificações naturaes.

Base e estructura das classificações naturaes. — O reconhecimento de que nenhum dos elementos morbidos estudados na etiologia, na symptomatologia, na evolução e na anatomia pathologica póde, isolado, servir de base a uma classificação psychiatrica, é hoje definitivo.

Os *symptomas*, utilisados pelos primeiros observadores como o elemento morbido mais apparente, não dão, qualquer que seja o modo por que se relacionem, senão grupos desconnexos entre si, representando syndromas, mas de modo nenhum doenças.

A *marcha*, isolada, tudo quanto póde produzir é a distincção de grupos symptomaticos; valiosa como elemento differencial, é todavia impotente para a construcção de unidades nosologicas.

As *lesões*, como base exclusiva de classificação, têm o fundamental inconveniente de não poderem ser constatadas n'um consideravel numero de psychopathias e de serem eminentemente variaveis n'aquellas mesmas em que se observam. Assim, qualquer que seja a sua real importancia em alguns casos (paralysia geral, demencia senil, idiotia, psychoses syphiliticas), ellas não têm, como criterio taxonomico, senão um valor subsidiario.

As *causas*, por seu turno, não podem constituir uma base exclusiva de classificação. Como as lesões, ellas furtam-se á mais paciente investigação n'um grande numero de casos; actuando concorrentemente diversas causas na génese de uma psychose, é impossivel fazer a parte de cada uma; emfim, se ha casos em que certas causas se

fazem sentir especificamente nas doenças mentaes que determinam, imprimindo-lhes um cunho particular, symptomatico ou de marcha, ha muitos outros em que o elemento causal se esgota na simples determinação da psychose.

A adopção exclusiva de uma d'estas bases não deu nunca, nem podia dar senão classificações artificiaes, destinadas á uma vida ephemera e improductiva; é o que a historia da psychiatria demonstra.

Nenhum dos elementos morbidos — etiologico, symptomatico, evolutivo e anatomopathologico, póde ser posto de lado; ao contrario, é sobre o seu conjuncto que uma classificação natural tem, indiscutivelmente, de fundar-se.

Mas, como estas bases valem diversamente, o problema surge de saber em que medida ellas devem ser utilisadas n'uma classificação psychiatrica; aqui, como, de resto, em todas as sciencias, é preciso achar os *caracteres subordinantes*.

Ora o que a experiencia psychiatrica nos ensina, é que o caracter subordinante *maximo* reside nas *causas* que denominamos *endogénes* e de que a hereditariedade é o typo. São ellas que dominam a *marcha* de estados psychopathicos de analogos symptomas, fazendo, por exemplo, que a *mania* e a *melancolia* sejam *intermittentes* e se iniciem *sem periodo premonitor;* são ellas as responsaveis exclusivas de certos syndromas psychicos, taes como as *obsessões* e os *impulsos*, e de certos estygmas physicos; são ellas, emfim, que, attingindo um maximo de acção, provocam, isoladas, a apparição de certas psychopathias de symptomas e evolução invariaveis.

Pelo seu lado, certas *causas exogénes*, como os toxicos medicamentosos e alimentares, imprimem ás psychoses que determinam, uma feição symptomatica e uma evolução particulares.

A causa é, como se vê, o elemento subordinante por

excellencia, aquelle, pois, que deve servir de base, não só aos grandes grupos ou classes, mas a alguns dos principaes subgrupos. A *marcha*, tributaria da causa, e as *lesões*, podendo faltar em grande numero de casos, só deverão servir de base a grupos de hierarchia inferior; quanto aos *symptomas*, a sua mesma variedade e o seu particularismo os destinam para fundamento dos subgrupos menos geraes de cada grupo.

Importancia e valor das classificações em psychiatria. — A *importancia* resulta d'esta simples consideração: diagnosticar uma doença mental não é senão integral-a em determinado grupo de um quadro nosographico préviamente adoptado. Importancia é aqui synonimo de indispensabilidade; na ausencia de boas classificações, as más são ainda importantes, porque desempenham um papel imprescindivel. N'este sentido tiveram importancia as proprias classificações symptomaticas dos primitivos observadores: foram um guia até certa altura da marcha scientifica.

O *valor* de uma classificação é outra coisa: mede-se, theoricamente, pela sua estructura mais ou menos complexa e, praticamente, pela facilidade maior ou menor com que n'ella encontramos os grupos a que reportar os estados psychopathicos observados. N'este ultimo ponto de vista, se uma classificação é tal que nunca nos succede estudar um caso que n'ella não tenha um logar marcado ou um grupo que a contenha, com exclusão de todos os outros, diremos que ella é *boa;* se algumas ou muitas vezes nos succede o contrario, diremos que ella é *mediocre* ou *má*.

A descoberta de uma *loucura cyclica*, formada por accessos maniaco-melancolicos, seguidos ou separados por intervallos de normalidade, foi o primeiro golpe na classificação de Esquirol. Esses casos, estudados por Falret e Baillarger não tinham lá um logar. Tambem o

não tinham os casos de *confusão mental*, estudados por Delasiauve. E d'estas lacunas resultou o seu abandono.

A clinica é o terreno em que definitivamente se julga o valor de uma classificação psychiatrica.

Classificação adoptada. — No estado actual da psychiatria, sujeita a uma revisão de todos os dias, mercê dos progressos da analyse clinica e da anatomia pathologica, seria insensato pensar n'uma classificação definitiva, isenta de incorrecções. Certo é, porém, que, examinando attentamente as classificações seguidas nos ultimos annos pelos mestres allemães e italianos, se observam entre ellas profundas analogias; e este facto demonstra consoladoramente que está achada a direcção a seguir. De Krafft-Ebing e Schüle a Kraepelin, de Morselli a Bianchi e Tanzi, todos têm feito do elemento causal, a que Morel dera um merecido relêvo, o caracter dominante das suas classificações, sem deixar de utilisar, como subsidiarios, os serviços dos elementos anatomopathologico, evolutivo e symptomatico.

Embora interessante, a publicação d'essas classificações é dispensavel n'um livro elementar. Não a faremos, limitando-nos a expôr a que adoptamos e que é, com ligeiras modificações adiante indicadas e justificadas, a de Eugenio Tanzi, modestamente inculcada como um *eschema* no seu valioso *Trattato delle Malattie Mentali*.

Elegante e pratica, esta classificação que seguimos no ensino, tem para nós o valor que lhe dá o *contrôle* da experiencia.

A. — Psychoses accidentaes

- I. CONFUSÃO MENTAL.....
  - asthenica
  - allucinatoria
  - Estupidez
  - Delirio agudo
- II. PSYCHOSES TOXICAS...
  - exotoxicas (envenenamentos)
    - Pellagra
    - Alcoolismo
    - Morphinismo
    - Cocaïnismo
    - Saturnismo
  - endotoxicas (auto-intoxicações e infecções)
    - Thyrodeïsmo
      - cretinismo
      - myxedema
      - basedowismo
- III. CEREBROPSYCOPATHIAS
  - dos adultos...
    - Demencia paralytica
    - — senil
    - — post-hemorrhagica
    - Psychoses traumaticas
    - — syphiliticas
  - das creanças — Idiotia
- IV. PSYCHOSES AFFECTIVAS
  - Melancolia
  - Mania

B. — Psychoses constitucionaes

- V. LOUCURA PERIODICA.........
  - maniaca
  - melancolica
  - de fórmas alternas
  - — dupla fórma
  - circular
- VI. NEUROPSYCHOSES..........
  - Neurasthenia (Loucura obsessiva)
  - Hysteria
  - Epilepsia
- VII. DEMENCIA PRECOCE.......
  - hebephrenica
  - catatonica
  - paranoide
- VIII. ANOMALIAS MENTAES......
  - Aberrações sexuaes
  - Loucura moral
  - Paranoia
  - Imbecilidade

Lançando os olhos sobre este quadro, logo se surprehende que as causas morbidas, manifestamente accidentaes ou extrinsecas ao doente nos *envenenamentos* (cuja

symptomatologia, no que ella tem de generico, se encontra na *confusão mental)*, se vão tornando lenta e progressivamente constitucionaes ou intrinsecas, até que nas *anomalias mentaes* revestem um caracter franca e exclusivamente degenerativo. Uma vez submettido á acção de agentes toxicos, ninguem se subtráe aos seus effeitos; e, se é certo que uma disposição pessoal arrasta certos individuos ao abuso do alcool, da morphina e da cocaïna, collaborando assim na génese das respectivas psychoses, sempre o veneno é d'ellas a causa indispensavel e *especifica*.

Nas psychoses thyroideias já um elemento causal interno figura constantemente, representado por uma precoce organisação anormal de que é responsavel a herança, como acontece no cretinismo endemico; todavia, essa mesma organisação defeituosa e precaria não passaria, sem a incidencia de causas mesologicas, de uma simples predisposição. De facto, os filhos de cretinos escapam á doença, se, antes de terminada a lactação, se afastam do terreno da endemia.

Seguem ás psychoses toxicas as *cerebropsychopathias*, em que um elemento endogéne, representado pela arteriosclerose, por exemplo, tem de ser por vezes invocado, como nas demencias senil e post-hemorrhagica. Mas ainda aqui esse elemento não representaria, desacompanhado de uma causa exogéne, mais do que uma simples predisposição. E succede muitas vezes que esse elemento intrinseco não existe, como é o caso das psychoses traumaticas e syphiliticas, exclusivamente tributarias de causas externas. De resto, na constituição d'este grupo desenha-se nitidamente a importancia capital do elemento *anatomopathologico*, que nos outros é secundario. Quaesquer que sejam as causas determinantes das *lesões cerebraes*, estas representam o papel clinicamente principal, permittindo-nos uma interpretação physiologica dos symptomas.

A seguir vêm as psychoses affectivas, em que as causas exogénes e endogénes parecem equilibrar-se. De facto,

se ha numerosos casos recidivantes de mania e melancolia, que parecem devidos sobretudo a um facto intrinseco, a uma forte predisposição individual, ha outros que não se repetem e em que é possivel encontrar uma causa accidental a responsabilisar: — de ordinario, uma violenta emoção ou uma série de emoções depressivas actuando insistentemente. Mas, quando mesmo existe e parece preponderante, o factor intrinseco ou predisposição individual não tem um caracter psychologico, porque, como Tanzi justamente adverte, o maniaco e o melancolico não se distinguem, fóra dos seus accessos, dos individuos normaes: o maniaco não é um excitado, um hilar, nem o melancolico um deprimido, um triste. As condições organicas geradoras d'estas psychoses nada têm que vêr com a psychologia pre e inter-accessual dos doentes que as exhibem. Por outro lado, devemos considerar que, se em muitos casos de mania e melancolia é difficil surprehender causas externas, em muitos outros ellas são manifestas e de um indiscutivel valor: — desastres financeiros, mortes de pessoas queridas, decepções, injustiças, perseguições politicas. E o mesmo facto de uma recidiva, se ella se opera sob a influencia de fortes causas externas, identicas em natureza ás que determinaram o primeiro accesso, não auctorisa a incriminar apenas a disposição individual, como fazem Kraepelin e todos os que acceitam a pretendida fórma nosologica da *psychose maniaco-depressiva*.

Assim, o grupo das psychoses affectivas representa pelo equilibrio das causas individuaes e mesologicas uma transição entre as psychoses manifestamente accidentaes e as constitucionaes.

Seguidamente ás psychoses affectivas collocamos a loucura periodica, ou ella se manifeste por exclusivos accessos maniacos (mania intermittente) ou melancolicos (melancolia intermittente), ou por accessos umas vezes maniacos, outras vezes melancolicos (loucura de fórmas alternas), ou por accessos maniaco-melancolicos (loucura de dupla fórma),

ou, emfim, por uma série *ininterrupta* de accessos maniacos e melancolicos (loucura circular).

Aqui, differentemente do que succede no grupo anterior, a predisposição individual toma um consideravel relêvo, em contraste com a importancia minima das causas extrinsecas ou accidentaes, que umas vezes faltam, outras vezes apparecem apenas na determinação do primeiro accesso. De ordinario insignificantes, essas causas não fazem senão operar o *déclanchement* de crises mentaes de excitação e depressão obedecendo a uma sorte de mecanismo prestabelecido. Os accessos, qualquer que seja a sua natureza, parecem desempenhar papel analogo ao dos paroxismos somaticos ou psychicos da epilepsia: vêm á sua hora e independentemente de qualquer provocação exterior. Mesmo dentro dos manicomios, sob a influencia da vida monotona que os caracterisa e a despeito de todo o tratamento preventivo, os accessos surgem, ao menos durante longos annos, com a regularidade dos phenomenos astronomicos. Decalcados uns sobre os outros como duração e como symptomatologia, esses accessos são, na realidade, verdadeiros paroxysmos de uma anormal constituição nervosa. De resto, é conhecida a frequencia com que a hereditariedade morbida figura na etiologia das psychoses periodicas. Assim, entre estas e as simples psychoses affectivas, mesmo irregularmente recidivantes, creio existirem as differenças que fundamentalmente separam das accidentaes as psychoses constitucionaes.

Seguem á loucura periodica as neuropsychoses, manifestamente denunciadoras de uma anormal constituição nervosa, que directa e permanentemente influe sobre a mentalidade (Tanzi, Krafft-Ebing). Com razão diz Tanzi: «O epileptico é um passional, o hysterico um sensitivo, o neurasthenico um valetudinario e um casuista». Um evidente desequilibrio em que a *degenerescencia nervosa* se faz sentir, caracterisa os portadores d'estas psychoses.

Aqui, as causas exogénes, sobretudo as que actuaram

no periodo infantil, podendo ainda invocar-se, têm uma importancia ordinariamente secundaria em face da hereditariedade.

Depois vem a demencia precoce, que estabelece a transição entre a degenerescencia nervosa, denunciada nas *neuropsychoses*, e a degenerescencia psychica, expressa nas *anomalias mentaes*.

De facto, a demencia precoce, representando «uma fallencia da evolução mental» (Tanzi) pela edade em que de ordinario se inicia e sobretudo pela incoordenação, que implica, de todos os centros corticaes, é já uma degenerescencia psychica; mas é ainda uma doença tributaria até um certo ponto de causas exogénes, como o onanismo e o *surmenage* emotivo ou intellectual, e traduzindo-se por symptomas somaticos de toda a ordem.

Por ultimo e occupando o limite inferior d'este quadro, apparecem as *anomalias mentaes* ou *degenerescencias psychicas*, no sentido restricto d'esta expressão. Aqui, as causas accidentaes, exogénes, ou não existem ou são apenas *pretextos* para a eclosão da doença mental.

As perversões sexuaes, a loucura moral, a paranoia e a imbecilidade traduzem, com effeito, *desvios evolutivos*, de que só a hereditariedade é responsavel; são verdadeiros estygmas anthropologicos, effeitos de agenesia, conduzindo o homem á condição dos brutos, dos selvagens, dos primitivos ou das creanças (Tanzi). Estas psychoses são congénitas, não conduzem á demencia e não procedem paroxysticamente, embora comportem exacerbações e remissões.

Porque estão ligadas ao exercicio dos orgãos de geração, as psychopathias sexuaes só se manifestam na adolescencia; e a paranoia só se revela por delirios na edade adulta, porque só então é possivel exhibir-se o contraste entre as tendencias egocentricas, que caracterisam o paranoico, e as exigencias da vida social. Todavia, mesmo n'estas anomalias a ausencia de verdadeiras causas exogénes indica o seu caracter congénito; apparecem á hora

opportuna, precoce ou tardía, mas são predeterminadas no individuo, cuja mentalidade foi sempre extravagante, anormal, desviada.

Terminando esta exposição, diremos com Tanzi, que entre as causas internas e externas não ha incompatibilidade ou antithese e que sempre «por traz de uma causa externa ha a sombra de uma causa interna e reciprocamente». E' a proporção em que umas e outras figuram que decide da formação dos grupos.

Ligeiramente se afasta esta classificação da creada por Tanzi.

Uma primeira differença está na collocação da confusão mental, que o professor italiano estuda depois dos envenenamentos e que julgamos dever tratar antes d'elles, pela razão de que *em todas as psychoses toxicas ha uma symptomatologia confusional.* Concedendo o primeiro logar á confusão mental, poupar-nos-hemos a inuteis repetições descriptivas.

Uma segunda differença reside na collocação da paralysia geral, que Tanzi leva ao grupo das infecções e que nós estudamos no das cerebropsychopathias, pela razão de que *não consideramos demonstrada a constante e exclusiva origem syphilitica d'esta doença.*

Uma terceira e ultima differença está em que separamos das psychoses affectivas a loucura periodica, pela razão que já expuzemos, de que, *emquanto a mania e a melancolia não são necessariamente recidivantes e reconhecem muitas vezes sufficientes causas exogénes, a loucura periodica só é imputavel á hereditariedade.*

Na segunda parte d'este livro teremos occasião de entrar, a proposito de cada grupo, em explanações que aqui seriam intempestivas.

CAPITULO VI

DIAGNOSTICO

Diagnosticar uma doença mental é, como dissemos, determinar n'um quadro nosologico de antemão adoptado o grupo especial que a contem, ou, mais singelamente, classifical-a.

N'este capitulo procuraremos estudar os processos geraes de investigação que devem conduzir ao diagnostico, dentro de uma classificação subordinada aos principios enunciados no capitulo precedente.

Difficuldades especiaes. — O diagnostico de uma doença mental póde ser exigido por necessidades therapeuticas ou medico-legaes. No primeiro caso, o alienista procede como *clinico*, diagnosticando para instituir um tratamento; no segundo, como *perito*, visando a julgar a *responsabilidade criminal* de um accusado, a *capacidade civil* de um interdicendo ou a *validade de um acto* impugnado por motivo da loucura.

Seja qual fôr, porém, o caso, o alienista defronta-se com difficuldades que o polyclinico desconhece. Na pratica vulgar, o medico póde contar com a collaboração do doente e da familia no trabalho de analyse que o diagnostico reclama. Em regra, o doente expõe, elle proprio, os symptomas subjectivos, que o exame não surprehende,

relata a marcha do mal, denuncía as suas causas certas ou provaveis; e, se não póde fazel-o, a familia toma sobre si esse encargo, respondendo pressurosamente ao mais minucioso inquerito. Ao contrario, o psychiatra só muito excepcionalmente póde contar com o auxilio do alienado, que se desconhece, que desconfia de todo o interrogatorio, que não falla (mutismo melancolico e hysterico), que não fixa a attenção (mania, confusão mental, demencia), que não conhece o valor dos symptomas ou que perdeu a memoria (epilepsia, hysteria, mania transitoria, demencia); e, pelo seu lado, a familia, quer por mal entendido pudôr, quer por ignorancia, quer por natural tortuosidade de espirito esconde dados ancestraes ou da vida do doente que importaria muito conhecer.

Todas estas difficuldades se multiplicam nos casos medico-legaes, ou porque importantes interesses em jogo levam o observando á *simulação* ou á *dissimulação* da loucura e a familia a prestar falsos informes, ou porque a inspecção e interrogatorio não podem ter logar, como quando se trata de um testamento impugnado depois da morte sob allegação de um anomalo estado mental, que tem de ser diagnosticado por meios indirectos.

Não são excessivos todos os cuidados postos nos casos medico-legaes, sobretudo nos que apenas comportam um exame indirecto, o que facilmente se comprehende, pensando nos effeitos irreparaveis a que pode conduzir a opinião do perito.

Quando o exame directo é praticavel, convem repetil-o tantas vezes quantas as necessarias para formar um juiso seguro e tranquillisador.

Relativamente aos informes colhidos, importa que o perito busque por todos os meios ao seu alcance verificar a pureza das suas origens, reconhecendo a honorabilidade de quem os fornece, a sua isenção e ainda a sua capacidade mental. De boa-fé, um homem pouco intelligente póde ministrar ao medico informações inexactas, sobre-

tudo em casos de delirios systematisados de base exclusivamente interpretativa, em que não ha allucinações e que repousam sobre factos equivocos ou susceptiveis da explicação pejorativa que o paranoico lhes dá.

A despeito de todos os cuidados, nem sempre os erros de apreciação podem ser evitados n'esta ultima hypothese. As consequencias d'esses erros não são todavia irreparaveis, como nos casos em que só o exame indirecto é possivel.

Exames psychiatricos. — Chama-se *directo* o que incide sobre o doente; este exame comprehende: a *inspecção* e o *interrogatorio*.

Chama-se *indirecto* o que tem por objecto a doença; comprehende este exame as *investigações* sobre a *historia familial e propria do alienado* e sobre a *historia da psychose*.

Na *psychiatria forense* são numerosos os casos em que só o exame indirecto é possivel.

Na *clinica hospitalar* são, pelo contrario, communs aquelles em que só o exame directo é praticavel, quer porque se torne impossivel obter informes sobre os doentes (expostos, filhos adulterinos), quer porque as auctoridades e os medicos certificantes se não preoccupem com esta ordem de assumptos. Na *clinica domiciliaria* e mesmo na maioria dos casos estudados nos manicomios, ambos os exames podem ser praticados.

N'esta ultima hypothese, a mais favoravel ao diagnostico, é pelo exame indirecto que deveremos começar. Podendo ser feito na ausencia do doente, não choca as suas susceptibilidades e tem a vantagem de orientar o observador na inspecção e interrogatorio a fazer.

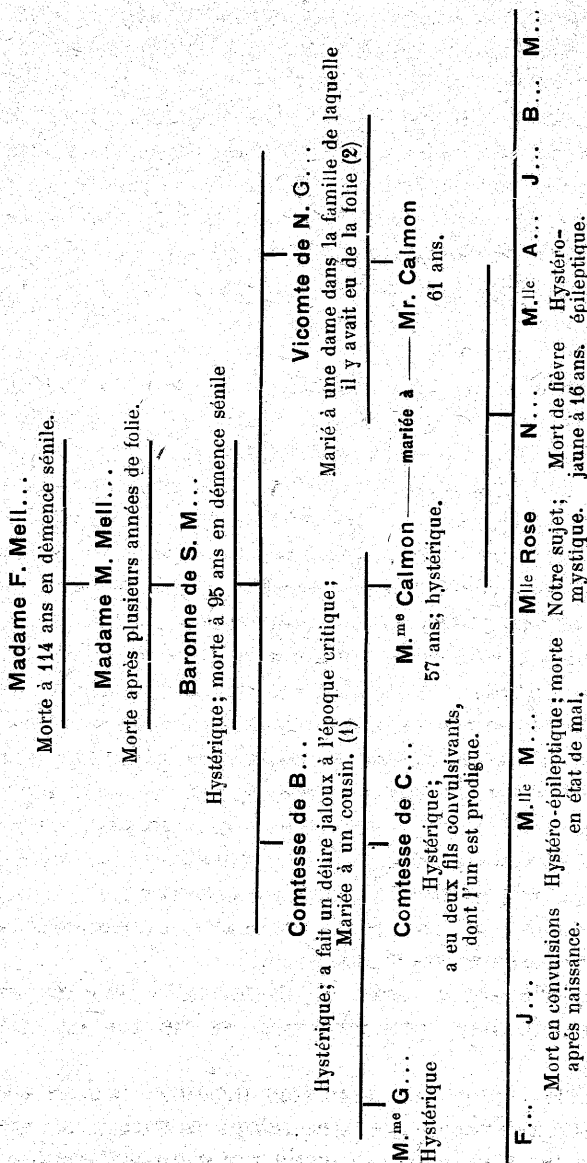
EXAME INDIRECTO. — Tem tambem os nomes de *commemorativo* e *anamnestico*. Abrange, como foi dito, a historia da familia, a historia do doente antes da psychose e a d'esta.

Historia familial. — Importa remontar na *linha ancestral* tão alto quanto possivel; impõe-nos este dever a consideração de um possivel *atavismo*. Na *linha collateral* deveremos tambem proseguir até onde as circumstancias o permittam, estudando os tios e os irmãos do doente em si mesmos e na sua descendencia. Emfim, informar-nos-hemos minuciosamente sobre a *linha dos descendentes*, onde não é raro que uma psychose franca denuncie um vicio hereditario, que nos ascendentes passára despercebido.

O que foi dito na Etiologia (Vid. pag. 17) permitte orientarmo-nos. Estudando a familia de um louco, não procuraremos apenas a alienação mental, mas as *doenças nervosas* (cerebropathias, myelopathias, nevroses), as *intoxicações* (alcoolismo, morphinismo, etherismo, pellagra, saturnismo), os *suicidios*, a *criminalidade*, a *surdo-mudez*, os *abortos*, a *mortalidade infantil*, as *doenças diathesicas* e toda a sorte de *anomalias physicas e psychicas*, incluindo n'estas as *aptidões exclusivas* e a *genealidade*.

E não só isto. O que opportunamente dissemos sobre as causas endogénes (Vid. pag. 20 e seg.) conduz-nos ainda a investigar a *consanguinidade dos progenitores*, a sua *edade*, o seu *estado physico e mental* durante a *procreação* e a *gravidez*, e o modo por que teve logar o *parto*.

Com os elementos colhidos na historia da familia se construem as *arvores genealogicas*, de uma suprema importancia em medicina legal. Sirva de exemplo a seguinte, que tive a rara felicidade de poder formar com os dados de seis gerações e que E. Morselli qualificou de «splendida dimostrazione, una delle più belle che io conosca, della legge della eredità patologica»:

ARBRE GÉNÉALOGIQUE

(1) Le comte de B... était normal, mais il avait un frère qui eut le délire de persécutions et qui a laissé un fils suicide.

(2) La vicomtesse de N. G... était normale, mais elle avait un frère qui est mort après plusieurs années de folie, et deux sœurs dont sont issus: deux hystériques, un fou moral, interné dans l'asile *Comte Ferreira*, et un idiot.

Historia pregressa. — Importa conhecer o que foi o doente, physica e psychicamente, antes da invasão da doença mental.

Pelo que respeita á sua vida physica, procuraremos conhecer as suas *doenças anteriores*, o modo por que se fez o seu *desenvolvimento* na infancia (precoce, regular ou tardio), se teve *convulsões*, se praticou o *onanismo*, se a *puberdade* se assignalou por quaesquer perturbações (anemia, insomnia, estados dyspepticos, desordens menstruaes), emfim, se praticou *excessos* de qualquer ordem (alcoolicos, sexuaes).

Quanto á sua vida mental, procuraremos saber como evolucionaram e que altura attingiram a intelligencia, a sensibilidade affectiva e a vontade. As *tendencias* do doente (prodigalidade, avareza), os seus *habitos* de vida (trabalho, preguiça), as *inclinações do seu espirito* (especulativas ou praticas, scientificas, artisticas, industriaes ou de commercio), o seu *caracter* (humilde, desconfiado, altivo), as suas *preferencias sociaes* (escolha de cathegoria nos amigos), *educação* religiosa e politica recebida, tudo será investigado com a possivel minuciosidade no sentido principal de saber se a psychose constitue um *accidente imprevisto*, que entre a vida anterior e a actual do doente estabeleceu um *violento contraste*, ou se, pelo contrario, ella não é de certo modo senão um *exagero de antigas modalidades psychicas*, um desequilibrio, que a instabilidade mental precedente permittia esperar.

Historia da doença. — O seu conhecimento não é menos necessario ao diagnostico.

Importa saber, antes de tudo, se é de uma loucura apparecendo pela primeira vez, se de um *accesso* que se trata.

N'este ultimo caso, convem inquirir *quantos accessos* se deram anteriormente, que *tempo* duraram, de que maneira se fez a *evolução* de cada um e quaes foram os seus *syndromas dominantes* (excitação, depressão, delirio).

Tratando-se de uma primeira psychose, é necessario investigar as suas *causas determinantes*, a sua *marcha* (começo brusco ou com prodromos) e os seus *principaes symptomas*, quer physicos (funcções digestivas, sexuaes, perturbações do somno), quer mentaes (excitação, depressão, affectos pervertidos, abulias, impulsos, ideias obsessivas, delirios).

A comparação entre *escriptos* actuaes e antigos do doente, deve fazer-se, sempre que haja opportunidade para isso, pelas preciosas indicações symptomaticas (Vid. pag. 107 e 108) que d'ella podem resultar.

Exame directo. — Uma vez colhidos com precisão e em numero sufficiente, os anamnesticos dirigem, simplificando-a, a observação do alienado; por isso o exame directo deve, como dissemos, praticar-se depois do indirecto, sempre que este é possivel.

O exame directo realisa-se com um *caracter official* nos tribunaes, nas prisões, nos manicomios, nas sédes dos Conselhos medico-legaes e onde quer que o psychiatra exerça as funcções de *perito;* realisa-se com *caracter particular*, quando o medico é sollicitado a titulo de *clinico* no seu consultorio, n'uma casa de saude ou no domicilio do doente.

Nos exames officiaes e ainda nos que pratica a pedido do proprio doente, o medico tem sobre este uma auctoridade que lhe permitte ir direito ao seu fim. Nos exames particulares sollicitados pela familia do doente, sem que este o saiba ou mesmo contra os seus desejos (casos vulgares), essa auctoridade não existe. D'aqui maneiras differentes de abordar o alienado e de conduzir o interrogatorio e a inspecção.

Indical-as, é absolutamente impossivel, tantas e tão diversas são as hypotheses que o alienista póde encontrar quando funcciona como *clinico* e tem a luctar com a desconfiança ou mesmo com a má vontade do doente. Só a

pratica ensina o *savoir faire* n'este como em todos os casos de relações sociaes. Apenas lembraremos que o medico não deve, em regra, subscrever a exigencias da familia do doente, apresentando-se como quem não é (Régis). Por um lado, a illusão desfaz-se depressa no espirito do alienado, augmentando-lhe a desconfiança e tornando-o reticente (delirios systematisados); por outro lado, só o *caracter profissional*, reconhecido pelo psychopatha, justifica um certo numero de investigações. O melhor, nos casos difficeis e melindrosos, é dar ao exame o ar de uma observação commum, iniciando-o por uma exploração de symptomas objectivos.

Inspecção. — Comprehende o exame somatico do alienado e a observação da sua *toilette* e do seu *habitat.*

Certos alienados (imbecis, fracos d'espirito) têm uma notavel predilecção pelos pannos de côres estridentes; outros (maniacos, paralyticos geraes) gostam de cobrir-se de flôres e de condecorações de papel, de fazenda, de metaes; outros (dementes) usam o fato conspurcado e enchem os bolsos de pequenas pedras, de fragmentos de madeira, de folhas, de toda a sorte de objectos inuteis. Alguns paranoicos (delirio prophetico) abstêm-se de aparar o cabello e a barba, realisando o typo archaico de apostolo; em regra, manifestam a maxima despreoccupação pelo aceio.

O *habitat* não é ás vezes menos indicativo. A sordidez da casa, a desharmonia do mobiliario e dos estofos, as collecções de coisas sem valor (caixas de phosphoros, flôres seccas, cascas de ovos), a falta de gosto, d'ordem, de hygiene e de conforto, são factos communs. Certos paranoicos (perseguidos) confinam-se em acanhados aposentos, de que não sáem e de que não abrem nunca as janellas; alguns, se lhes annunciam a visita do medico, defendem-se, encostando á porta do quarto pesados moveis. A multiplicidade de imagens, de lamparinas a arder e de livros devotos, é de regra nos aposentos dos religiosos

(melancolicos, hystericos); n'alguns não falta mesmo a pia d'agua-benta.

As *conformações viciosas* (microcephalia, prognatismo, asymetrias craneanas e faciaes) são ás vezes evidentes e de tal modo accentuadas que bastam para fundamentar um diagnostico; outras ha (polydactilia, hypo e epispadias, desegualdade dos membros homologos) que é preciso procurar, mas que, uma vez achadas, põem no caminho do diagnostico, porque assignalam degenerescencias.

O mesmo póde dizer-se de outros symptomas, facilmente observaveis e que rapidamente suggerem a doença: a *hemiplegia*, fazendo pensar na demencia hemorrhagica; o *tremulo vibratorio das mãos*, lembrando o alcoolismo; a *desegualdade pupilar* e o *embaraço da palavra*, pondo no encalço da paralysia geral; a *excitação* traduzida em actos desordenados, em verborrheia, em gritos, accusando um estado maniaco; a *depressão* com immobilidade e mutismo, lembrando a *estupidez* (melancolica ou confusional); o *aspecto doloroso*, grippado, denunciando um estado melancolico; a *attitude desconfiada* ou *altiva* e orgulhosa, suggerindo a paranoia (delirios de perseguição e de grandezas).

As *cicatrizes frontaes* lembram as quedas dos epilepticos; conjugadas com *as dos bordos da lingua*, tornam infinitamente provavel o diagnostico da nevrose. As *cicatrizes do pescoço* fazem pensar em tentativas suicidas da melancolia (Régis). Pequenas *manchas* e pequenas *cicatrizes faciaes* lembram as automutilações de alguns hystericos obsessivos; certas *deformações das unhas*, accusando desvios trophicos, orientam o espirito no sentido de admittir uma fórma de melancolia (neurasthenica, hypocondriaca).

Pelo que respeita á *sensibilidade*, importa investigar a existencia de *anesthesias* e *hyperesthesias* em relação á *dôr*, ás *temperaturas* e ás *impressões especificas* (sabores, cheiros, côres, sons, contactos), procurando marcar-lhes a *extensão* e a *intensidade*.

Pelo que respeita á *motilidade*, convem averiguar se ha *paralysias* ou *contracturas* ou *tics* ou *tremulos* ou *movimentos ataxicos*, descoordenados. A exploração dos *reflexos* deverá fazer-se no sentido de constatar uma possivel *diminuição*, uma *falta* ou um *exagero*.

O que foi dito na symptomatologia permitte comprehender o alcance dos dados fornecidos por estas explorações.

Interrogatorio. — Se o observador conseguiu colhêr a historia da doença e se o alienado se lhe entrega docil e confiadamente, nada mais facil que levar a effeito com pleno successo esta parte do exame directo.

Mas nem sempre estas duas condições se reunem. Umas vezes falta o exame indirecto, como acontece nos manicomios com muitos dos loucos enviados pelas auctoridades, e nas prisões e Conselhos medico-legaes com alienados criminosos de que se não sabe a maior parte das vezes senão o facto de que são arguidos; outras vezes, o alienado não se presta á exteriorisação dos symptomas d'ordem mental.

Na completa ausencia de anamnesticos, a situação do observador não é commoda. Todavia, um sufficiente conhecimento das doenças mentaes permittir-lhe-ha descobrir as perturbações caracteristicas de uma determinada psychose, dirigindo as perguntas no sentido de uma exploração methodica da *attenção* (calculos a proposito de datas, por exemplo), da *memoria* (inquerito sobre factos recentes e remotos), da *ideação* (obsessões, delirios), da *percepção* (allucinações e illusões), da *emotividade* (phobias, commotividade exagerada), da *affectividade* (deficiencias e perversões de sentimentos de familia e sociaes), da *vontade* (abulias, impulsos) e ainda de certas *causas* (alcoolismo, syphilis, onanismo, doenças dos parentes).

Mas o doente póde não prestar-se ao interrogatorio, porque não falle, ou prestar-se mal a elle, fallando pouco ou occultando as suas verdadeiras ideias. Estes casos

são vulgares; succede, porém, que a significação diagnostica do *mutismo*, da *reticencia* e da *dissimulação* compensa de certo modo a impossibilidade ou a difficuldade do interrogatorio.

O *mutismo* tem origens diversas: procede umas vezes da *hysteria*, outras da *estupidez*, quer confusional, quer melancolica, outras da *demencia* ou da *idiotia*, por incomprehensão absoluta das perguntas ou por alalia, outras, emfim, de um *proposito voluntario* (delirio de perseguição) ou do *negativismo* caracteristico da *demencia precoce*. O diagnostico differencial d'estes casos repousa sobre os anamnesticos e sobre o conhecimento nosologico e clinico das psychoses.

A *reticencia* e a *dissimulação* procedem do empenho que o doente tem de esconder as suas ideias delirantes, sabendo que a exhibição d'ellas o prejudica de algum modo; a reticencia e a dissimulação pertencem aos *delirios systematisados*.

CAPITULO VII

PROGNOSTICO

A previsão, que é o melhor dos criterios para julgar o estado evolutivo de uma sciencia, tem ainda na medicina um caracter eminentemente precario; impõe-lh'o a extrema complexidade das doenças, quasi sempre effeitos de numerosos factores endo e exogénes, que poucas vezes conhecemos na sua totalidade.

Interrogado sobre o futuro de uma psychose — sobre a sua tendencia para a *cura*, para a *chronicidade*, para a *morte*, para a *recidiva* ou para a *transmissão hereditaria*, o pratico póde sentir-se justificadamente embaraçado. E, quando isto succede, é necessario que elle tenha a coragem de se não pronunciar, porque uma previsão aventurosa póde implicar numerosos desastres, entre os quaes figura o da perda da reputação scientifica de quem a faz. Ao passo que os erros de diagnostico só são, em regra, conhecidos e avaliados pelo proprio medico, os de prognostico são evidentes e todos podem julgal-os. De resto, não é difficil conhecer os possiveis inconvenientes, mais ou menos graves, de um prognostico errado: decepções crueis, abandonos egoistas, casamentos que uma prole degenerada infelicita, mil outros ainda, pessoaes e collectivos.

Procurando apreciar de um modo geral a cifra de

curabilidade da loucura, defrontamo-nos com resultados estatisticos os mais discordantes, oscillando entre 32 e menos de 20 por cento.

Estas differenças complicam-se pela origem e modo de organisação das estatisticas.

As hospitalares dão sempre uma cifra de curabilidade superior ás da pratica civil (Luys, Marcé). A razão é que o clinico, n'este ultimo caso, acompanha de ordinario o doente, segue-o, tem d'elle informações periodicas e póde assim apreciar se a cura se consolida e mantem, ao passo que o medico dos hospitaes perde o doente de vista, deixa de ter informes sobre elle e toma por isso como reaes, curas que são apenas apparentes. Nos manicomios, o doente que teve *alta* considera-se *officialmente* curado. Sêl-o-ha *realmente?* Nem sempre.

A maneira de fazer as estatisticas tem ainda uma notavel influencia sobre a proporção da curabilidade. Em alguns manicomios fazem-se figurar para o computo da curabilidade todos os alienados; n'outros excluem-se os idiotas e imbecis, necessariamente incuraveis; emfim, muitos ha em que tambem são postos de parte os paralyticos geraes, votados inevitavelmente á morte. E' claro que a cifra de curabilidade augmenta dos primeiros para os ultimos.

Estes resultados estatisticos não podem ser invocados para responder a uma pergunta sobre prognostico. Além de discordantes, são excessivamente abstractos.

Em questões de prognostico importa examinar duas ordens de condições: as que procedem da doença e as que são inherentes ao doente.

A.—Condições derivadas da doença

Fórmas nosologicas.— São *absolutamente incuraveis:* a *idiotia*, a *imbecilidade* e o *cretinismo* (suspensões do desenvolvimento psychico), as *demencias consecutivas*

(estados terminaes da mania, da melancolia e da confusão mental) e as *demencias primarias*, em que estão comprehendidas a senil, a hemorrhagica e a paralytica (parte das cerebropathias).

Offerecem um *minimo de curabilidade:* a *paranoia primitiva*, a *loucura periodica*, a *demencia precoce*, a *loucura procedente de nevroses constitucionaes* (degenerescencias psychicas) e as *intoxicações chronicas*, o *delirio agudo* e a *syphilis cerebral* (parte das cerebropathias).

Offerecem o *maximo de curabilidade:* a *mania*, a *melancolia* e a *confusão mental* (psychoses accidentaes).

Causas. — Em regra, a curabilidade subordina-se á relação mantida pela predisposição com as causas determinantes. Se a predisposição é grande e a causa determinante banal (degenerescencias), a psychose corre um grave risco de não curar-se; se, pelo contrario, a predisposição é pequena e a causa determinante consideravel (psychoses accidentaes), a cura é provavel.

As psychoses que são resultado da incidencia de uma *causa unica e de acção rapida*, têm maior probabilidade de cura que as produzidas por *causas multiplas e de acção demorada*.

Evolução. — As psychoses *agudas* curam mais provavelmente que as *chronicas*. E' no primeiro semestre que as probabilidades de cura são maiores; no segundo, tornam-se metade, e no terceiro, um sexto (Régis). As curas *tardias* ou realisadas ao fim de dois, tres ou mais annos, são *excepcionaes*.

As psychoses que offerecem um *longo periodo prodromico* são mais difficeis de curar que as de *invasão subita*.

As psychoses que *terminam rapida e bruscamente* pela cura, *recidivam* com frequencia.

As psychoses accidentaes e as cerebropathias *não têm tendencia para a transmissão hereditaria;* ao contrario,

são eminentemente transmissiveis as degenerescencias psychicas.

A idiotia, a imbecilidade e o cretinismo conduzem rapidamente á *esterilidade*.

B.— Condições derivadas do doente

Edade. — Em egualdade de circumstancias, a doença mental é tanto mais curavel quanto mais novo é o individuo affectado (Guislain): entretanto a *demencia precoce* e a *paralysia geral juvenil* comportam um prognostico dos mais graves.

Sexo. — A cifra de curabilidade é maior nas mulheres do que nos homens, o que naturalmente se explica pela raridade relativa da paralysia geral no sexo feminino.

Instrucção e habitos de espirito. — A *cultura intellectual* e o *estudo* retardam o advento e a marcha da demencia.

Segundo a minha observação pessoal, a *demencia senil* attinge mais precocemente os aldeãos, analphabetos e privados de interesses mentaes, que os habitantes das cidades e sobretudo os intellectuaes.

CAPITULO VIII

TRATAMENTO

Todos os esforços da clinica psychiatrica tendem a um d'estes fins: evitar ou combater a alienação mental. D'aqui a divisão do tratamento em *prophylatico* e *curativo*.

Como adiante veremos, meios ha de tratamento (isolamento, sequestração) que, sendo curativos em relação aos individuos a que se applicam, são prophylaticos n'um ponto de vista social. Uma boa assistencia dos alienados (que para nós é apenas um ideal remoto) exerce funcções simultaneamente curativas e prophylaticas.

Isto mostra que a divisão feita do tratamento não é de um rigorismo perfeito; como tantas outras, ella não passa de um expediente didactico.

I.—TRATAMENTO PROPHYLATICO

Chama-se tambem *preventivo*. Póde ser *causal* e *educativo* ou *hygienico*.

Causal. — A verdadeira prophylaxia da alienação mental consiste em *evitar a procreação dos degenerados e predispostos*.

Não advogo, como alguns psychiatras o fazem, a prohibição legal do casamento entre descendentes de alie-

nados, porque considero essa medida duplamente illusoria. Por um lado, o impedimento ás uniões legitimas dos predispostos implicaria apenas um accrescimo das illegitimas, que não são menos fecundas; por outro lado, o perigo a evitar não resulta apenas da loucura manifesta, mas de toda uma série de anomalias psychicas e somaticas (Vid. pag. 18 e 19) que é sempre facil encobrir.

O que importa é fazer sentir aos interessados os funestos effeitos da procreação dos predispostos hereditarios; e isso só o póde fazer o medico, porque só elle tem auctoridade no assumpto. A exhibição de algumas *arvores genealogicas* (Vid. pag. 171), revelando a marcha da hereditariedade progressiva (que os *casamentos consanguineos* e os *de interesse* não fazem as mais das vezes senão accelerar), póde ser um freio bem mais efficaz á procreação de avariados e predispostos do que toda a sorte de leis prohibitivas e restrictivas.

Convem não esquecer o que foi dito no capitulo do Prognostico, sobre a transmissibilidade maior ou menor das differentes fórmas de alienação mental.

Educativo ou hygienico. — Dada a predisposição psychopathica, importa, por um lado, combatel-a e, por outro, impedir a incidencia sobre o predisposto das causas determinantes. Este duplo fim se propõe o tratamento educativo. E' na *infancia* e na *puberdade* que este tratamento póde tornar-se efficaz.

O exame concreto de cada caso decidirá, evidentemente, dos meios a adoptar; todavia, ha preceitos geraes que não devem ser esquecidos.

Um d'elles, relativo á direcção intellectual, é *proporcionar o estudo á capacidade do predisposto.*

Nada mais funesto aos hereditarios que o cançaço cerebral. Charcot disse que o *surmenage* não deve receiar-se nas creanças, porque, sentindo-se fatigadas, ellas se negam obstinadamente e invencivelmente a todo o trabalho de

intellegencia até reparação integral das forças perdidas. Assim é nas creanças normaes; nas predispostas, porém, a reparação póde não fazer-se, comquanto o trabalho se suspenda. Ha predispostos que uma *demencia precoce* espreita e que todavia offerecem uma infancia cheia de promessas. A sua vivacidade mental illude. Estimulados pelos paes, pelos mestres, pela propria vaidade, exageram o consumo de forças; e então succede que a fadiga accidental e aguda não faz senão apressar a catastrophe da puberdade. Uma outra consideração justifica ainda o preceito exposto: os estudos difficeis despertam a consciencia da inferioridade mental, sentimento depressivo dos peiores effeitos nos predispostos.

Outro preceito, relativo á educação moral, é *combater sem treguas as inclinações viciosas, mais pelo exemplo que pelos castigos.*

O exemplo tem de vantajoso o aproveitar a expontanea *tendencia á imitação*, inseparavel das primeiras edades. Os castigos têm de funesto o produzirem quasi sempre uma *dôr moral*, que póde ser nos grandes predispostos o ponto de partida de um delirio prematuro. A sciencia registra casos de suicidio, determinados por castigos escolares, em creanças de 9 a 12 annos (Durand Fardel, Morselli). Na educação dos predispostos é preciso *alliar a firmeza á doçura.*

Physicamente, importa promover o *desenvolvimento pelo exercicio e pelo rigoroso cumprimento dos preceitos geraes da hygiene.*

A falta de exercicio physico é eminentemente nociva aos predispostos: na infancia, porque põe um obstaculo ao crescimento dos orgãos; na puberdade, porque dá margem ás *rêveries*, ás curiosidades da imaginação sobreexcitada pela sexualidade que desponta e a todos os exageros emotivos. A puberdade é a epocha mais perigosa para os predispostos e a que mais precisa de ser attentamente seguida. E' então que as praticas deprimentes do

onanismo se iniciam. A vida dos collegios é quasi sempre um desastre para estes sêres congénitamente invalidos; o que lhes convém é a vida no campo, ao ar livre e em permanente exercicio. A gymnastica methodica está indicada, se ha desharmonias organicas a corrigir; se as não ha, mais vale a actividade expontanea dos passeios, da jardinagem, dos jogos tradiccionaes, da natação, do remo, da equitação.

Supponde que se passaram sem desastre a infancia e a puberdade do predisposto e que se trata de lhe escolher uma carreira, é preciso ter em vista que lhe «não convêm as que expõem ás luctas da ambição, ás vicissitudes e decepções de fortuna, nem as profissões que reclamam uma incessante actividade da intelligencia» (Calmeil). São-lhe, ao contrario, eminentemente apropriados os empregos publicos que, «sem reclamarem grandes esforços de concepção, o ponham ao abrigo de embaraços e necessidades» (Calmeil).

II.—TRATAMENTO CURATIVO

Tem duas ordens de agentes: de um lado, o *isolamento*, qualquer que seja o modo de o executar, e, do outro, os meios hygienicos, physicos, psychicos, cirurgicos e pharmacologicos.

Isolamento.— Consiste em subtrahir o alienado ao meio physico e moral em que a doença appareceu; só se realisa de um modo completo, mudando o alienado de habitação e evitando o seu contacto, não só com a familia, mas com os amigos intimos e com os creados habituaes.

Foi Esquirol o primeiro a reconhecer e a preconisar as vantagens d'esta medida de tratamento, que em muitos casos o é simultaneamente de *segurança* (suicidas, impulsivos) e até de *prophylaxia*, no duplo sentido de impedir

a *procreação* do louco e de evitar o possivel *contagio* do seu delirio.

O isolamento dos alienados em periodo agudo, ricos e pobres, tem por instrumentos apropriados: os *estabelecimentos especiaes*, manicomios e casas de saude; os *estabelecimentos mixtos*, institutos hydrotherapicos em que se recebem nevropathas e alguns alienados tranquillos; as *casas de campo*, que não são senão casas de saude individuaes, em que o doente vive apenas com o pessoal de enfermagem sob a direcção clinica de um alienista; e as *viagens* em companhia de um medico. O isolamento dos alienados chronicos, incuraveis e pobres, tem por instrumentos as *colonias agricolas*, os *asylos*, as *colonias familiaes* e o *private dwelling system* dos escossezes. O isolamento dos fracos de espirito e de certos imbecis das classes ricas tem por instrumento particularmente vantajoso os *institutos medico-pedagogicos*, funccionando como casas de saude e como escólas sob a direcção de um psychiatra. Em muitos paizes ha *manicomios especialisados*, recebendo exclusivamente epilepticos, alcoolicos, idiotas, dementes ou criminosos.

Daremos adiante noticia de todos estes instrumentos de isolamento, estudando as suas indicações.

Em Portugal, á hora a que escrevo, o isolamento não póde fazer-se senão em manicomios e casas de saude; todos os outros meios faltam ou são impraticaveis pela ausencia de pessoal idoneo.

Vantagens. — Referindo-nos ao isolamento n'um manicomio, escreviamos em 1884 estas palavras, que mantemos absolutamente: «A entrada n'um hospital é para o doente o começo de uma vida nova de impressões: todos os que o cercam lhe são desconhecidos e todos os que o assistem têm sobre elle uma parcella de auctoridade. Os instinctos de dominio e de revolta que na familia fazem de todo o alienado um sêr pelo menos importuno, soffrem

no hospital, desde o primeiro instante, um profundo abalo salutar. As affeições subservientes, as sollicitudes pueris, as transigencias exageradas dos parentes e dos amigos cessaram; as lagrimas e os gemidos estereis cessaram tambem. No hospital, a disciplina invadiu todas as repartições, constituiu-se um habito, que o alienado, quem quer que elle seja ou imagine ser, não poderá supprimir ou alterar. A alimentação, o trabalho, o recreio, tudo está regulamentado; as relações do pessoal com o alienado estão tambem definidas. A vontade do doente tem uma esphera restricta de acção; e assim, a obediencia aos preceitos que o medico formúla, ha de tornar-se uma parte integrante da sua vida nova. Este primeiro effeito é dos mais importantes. Mas ha mais. As incitações morbidas provenientes da vista de logares e de pessoas que passivamente assistiram á explosão da loucura ou de algum modo a provocaram, desappareceram no hospital; logares e pessoas são outros. O valor d'este segundo effeito é consideravel; apreciam-no bem os medicos que têm observado a perniciosa influencia exercida sobre os alienados pelas visitas de parentes e amigos no primeiro periodo de isolamento hospitalar.»

No mesmo trabalho citavamos ha vinte e seis annos estas palavras eloquentes de Motet: «Os alienados curam junto de nós e ter-se-hiam tornado incuraveis em casa. Muitas vezes temos observado isto; e, se alguem duvidasse, appellariamos para o testemunho dos medicos que todos os dias nos enviam os seus doentes. Todos declaram que não podem tratal-os em casa, que não sabem de que maneira proceder, que tudo lhes falta, que não têm nem enfermeiros para os servir, nem influencia moral para exercer sobre elles. Que póde fazer o medico desde longo tempo conhecido da familia e iniciado em todos os seus segredos? Tornou-se quasi um amigo; e quando pretende tomar uma attitude severa, impondo a sua vontade, encontra a resistencia do doente, que, apesar de delirante, con-

serva a semi-consciencia das relações anteriores, da familiaridade que um longo commercio social estabeleceu. O doente não o escuta. Falta-lhe, pois, um elemento indispensavel: a auctoridade; falta-lhe ainda o que constitue o nosso melhor auxilio: a execução immediata das ordens dadas, o exemplo de uma disciplina geralmente estabelecida e cuja influencia se faz sentir nos menores detalhes. O alienado sente-se e reconhece-se senhor em sua casa; ordena imperiosamente, quer ser obedecido e exerce uma tyrannia contra a qual todos se curvam com terror. Mudae em torno d'elle as physionomias, fazei-lhe sentir que é um doente, que não tem o direito de mandar, collocae-lhe ao pé um enfermeiro que comprehenda as suas obrigações e se abrigue sob as ordens do medico, e tereis dado um passo immenso. Pouco importa a revolta; quanto mais energica ella fôr, maior esperança teremos de assistir ao restabelecimento das faculdades perturbadas.»

O convivio do doente com outros, que tanto apavora as familias, é ainda um elemento favoravel. Esquirol dizia: «Longe de prejudicar, a cohabitação dos alienados é um meio de tratamento». E Maudesley: «Por extranho que isto possa parecer, é certo que um meio de alienados constitue por vezes um verdadeiro allivio e um beneficio para um espirito desconcertado». E' que a exhibição dos delirios mais ou menos extravagantes, dolorosos ou grotescos dos companheiros, tem para o doente o valor de uma diversão ao proprio delirio, quando não constitue, como ás vezes acontece nos periodos de remissão, um salutar motivo de reflexões psychologicas.

Indicações e contraindicações. — Os alienados *chronicos e tranquillos*, se possuem bens de fortuna, podem dispensar o isolamento, que lhes não aproveita como meio de cura e que póde contrarial-os, se alguns sentimentos de familia lhes restam.

Os affectados de *confusão mental* serão com vantagem tratados em casa (Chaslin, Sérieux, Régis); a sahida, multiplicando as impressões, augmentaria o cahos do seu espirito. Se, por falta de meios, não podem ser tratados em casa, com vantagem recorrerão a um hospital commum, onde o haja com installações apropriadas (Régis).

Fóra d'estes casos, o isolamento é, em regra, uma medida a adoptar, qualquer que seja o meio de leval-o a effeito. E ha casos em que elle se impõe, não só como medida de tratamento, mas de segurança, devendo então realisar-se n'um manicomio ou n'uma casa de saude: taes são aquelles em que o doente apresenta tendencias *suicidas* (melancolicos), *homicidas* (loucos racionantes, perseguidos-perseguidores, epilepticos, degenerados impulsivos, alcoolicos, ciumentos) ou para o *furto*, a *dissipação* e os *attentados aos costumes* (paralyticos geraes, hystericos, dementes).

Opportunidade. — O isolamento, emquanto agente curativo, deve ser, em todos os casos em que está indicado, *tão precoce quanto possivel*. Infelizmente, os preconceitos das familias e a ignorancia dos polyclinicos obstam a que os loucos sejam internados desde o começo da doença e quando são maiores as probabilidades de cura. Ninguem melhor do que Neumann caracterisou os obstaculos postos ás admissões precoces. «Uma grande parte dos doentes, diz o psychiatra allemão, para quem se pede um logar no manicomio, estão já, para assim dizer, completamente perdidos. A culpa cabe em parte á familia e em parte ao medico. A primeira gasta muito tempo em convencer-se de que o individuo é um doente; o segundo, chamado emfim, gasta muito tempo em convencer-se de que o doente é um alienado; depois, uma e o outro gastam muito tempo em convencer-se de que o soccorro de um medico alienista é preciso. No primeiro periodo atormentam e irritam o doente com distracções, tentativas de persuasão,

reprehensões, criticas, etc.; no segundo periodo, tentam combater o mal com sangrias, purgantes, revulsivos cutaneos, suppurações artificiaes; e no terceiro, ficam todos espantados de que estes meios não servissem para nada. Então intervem o alienista, que encontra as forças esgotadas, a digestão má, a excitação no seu auge ou, em logar d'ella, uma depressão profunda, muitas vezes mesmo uma loucura no limiar da demencia; e é n'este momento que se lhe pede uma cura».

Em Portugal, a falta de manicomios em numero sufficiente é ainda uma das causas das admissões inopportunas ou tardías. Sempre cheios, os manicomios de Lisboa e Porto não podem abrir as suas portas a quantos lhes pedem tratamento; e assim, os doentes esperam semanas, mezes e ás vezes annos um logar, que só vêm a conseguir nas... secções de incuraveis. D'este barbaro estado de coisas, contra o qual não têm faltado os protestos dos medicos, é responsavel o Estado, que ha 20 annos cobra, sem lhes dar o devido destino, importantes receitas *exclusivamente destinadas por lei* á construcção de novos manicomios.

Manicomios e casas de saude. — Publicos os primeiros, que os Estados e as camaras subsidiam, e particulares os segundos, que vivem só das pensões dos seus doentes, estes estabelecimentos especiaes são todavia medicamente similares, encontrando-se, nos paizes cultos, sujeitos ás mesmas disposições legaes em materia de admissões e de inspecção. N'esses paizes, a escolha entre as duas ordens de estabelecimentos depende exclusivamente ou da posição social e da fortuna do doente, que na casa de saude póde encontrar confortos superiores aos dos manicomios, ou da preferencia que á familia mereça este ou aquelle alienista.

Em França, na Inglaterra, na Italia, na Allemanha e na America do Norte ha casas de saude installadas em

condições de hygiene, de conforto e até de luxo inteiramente inexcediveis e tendo por medicos directores e adjunctos, psychiatras de um renome universal.

Entre nós, é desconhecida a casa de saude como estabelecimento especial; ha apenas, a meu conhecimento, uma polyclinica no Porto com installações separadas para loucos e servida por medicos alienistas. N'este ponto, o nosso atrazo relativamente á França é de mais de um seculo.

As casas de saude entre nós não estão sujeitas ás disposições legaes que regulam a admissão dos alienados nos manicomios. De tal circumstancia se têm aproveitado certos doentes a quem uma entrada n'um manicomio poderia acarretar os maiores inconvenientes: medicos, advogados e congéneres profissionaes vivendo do conceito e da confiança do publico.

Os *meios contentivos*, n'outro tempo empregados com abuso nos manicomios e casas de saude, encontram-se hoje ou absolutamente postos de parte *(no-restraint)* ou reduzidos ao collete de forças em condições especiaes: tendencias homicidas e suicidas, onanismo, pratica da alimentação pela sonda esophagica e conservação de pensos e apparelhos cirurgicos (Voisin). Os sectarios do *no-restraint* vão até ao ponto de condemnar as *cellas;* e ha quem, n'este caminho de liberdade, preconise o *open-door*, systema que consiste em permittir que os doentes percorram todo o estabelecimento ou d'elle sáiam á vontade, sob a simples promessa de voltarem.

Como substituem os seguidores do *no-restraint* o collete e as cellas, já que a natureza implacavelmente continúa a produzir alienados da cathegoria dos que exigiram a creação e o emprego d'esses meios coercitivos? E como procedem os apologistas do *open-door* para evitar as evasões?

Nos manicomios em que se pratica o *no-restraint*, o collete é substituido por um pessoal numeroso, que

immobilisa o doente quando é preciso, por banhos quentes, que se prolongam desde algumas horas a algumas semanas, emfim, por uma energica medicação calmante, ministrada em injecções subcutaneas; e as cellas são substituidas por *quartos de isolamento*.

Quanto ás evasões, parece que não são muito numerosas, e que, uma vez notadas escrupulosamente nas estatisticas, ellas perdem todo o caracter alarmante.

Com manifesto risco de se attrahirem o titulo de *improgressivos*, alguns psychiatras têm ousado perguntar se a lucta de um louco em furor com o pessoal de enfermagem não será menos desejavel que o emprego de um collete; se os banhos de semanas seguidas, que alguem chamou, com irreverente ironia, *macerações*, poderão considerar-se isentos de perigos; se a applicação de injecções hypodermicas de hyoscina, por exemplo, não é no fundo uma *coerção chimica* ou um envenenamento, que, «dominando a excitação á custa das faculdades, consegue a paz, fazendo a solidão» (Maudesley); se entre *cella* e *quarto de isolamento* a differença é realmente profunda; emfim, se deixar sahir os doentes sob palavra não constitue, como parece, um meio de renunciar ao isolamento. E, como as respostas dos phylantropos do *no-restraint* e do *open-door* os não satisfaçam, continuam a evocar estas palavras de Griesinger: «Nós não devemos adoptar estes principios humanitarios senão emquanto concorrem para o nosso fim, lembrando-nos de que o verdadeiro procedimento a seguir não é o que satisfaz os sentimentos individuaes do medico ou do doente, mas o que contribue para a cura».

Parece que é isto, de resto, o que fazem todos... no terreno pratico. Não ha muitos mezes confessava-me um alienista inglez que no seu modernissimo hospital *certos doentes* são ás vezes collocados temporariamente em *cellas;* sómente, accrescentava, os medicos têm obrigação de denunciar estes casos á auctoridade local, marcando o

numero d'horas ou de dias que durou a clausura. Calculo a importancia que a auctoridade britanica prestará a estas communicações...

Estabelecimentos mixtos. — São umas vezes casas de saude, outras vezes institutos hydrotherapicos em que se recebem nevropathas e alienados tranquillos. O seu regime é naturalmente menos severo que o dos manicomios e permitte ao doente as mais lisongeiras illusões sobre a natureza do proprio mal.

Estes estabelecimentos podem convir aos casos de simples *depressão melancolica* em phase de começo, de *obsessões intellectuaes e emotivas*, de *demencia* e de *paralysia geral sem delirio;* servem ainda muito bem toda a sorte de *convalescentes*.

Casas de campo. — São, como dissemos, verdadeiras *casas de saude individuaes;* com effeito, ellas reunem para um só doente as condições de direcção medica, de enfermagem e de installação balnear que têm as casas de saude.

Que vantagens podem ter estes instrumentos de isolamento dispendiosamente installados? Na realidade e para o doente, nenhuma; apparentemente e para a familia, a de *esconder* um caso de loucura. E têm a desvantagem grave de uma assistencia medica menos assidua que a das casas de saude e dos manicomios.

Viagens. — Esquirol foi um dos primeiros a preconisar este meio de tratamento, de que affirmava ter tirado excellentes resultados. Segundo este observador, as viagens actuariam não só sobre o espirito dos doentes, desviando-lhes a attenção de si para as coisas exteriores, mas sobre as funcções organicas, estimulando-as e activando-as; uma outra vantagem d'este processo de isolamento, seria evitar ao louco, uma vez curado, o penoso encontro de pessoas que tivessem assistido aos seus desvarios.

Para que as viagens produzam todo o seu benefico resultado, é necessario que sejam sufficientemente prolongadas e feitas na companhia e sob a vigilancia e direcção de um medico ou de um estudante de medicina, conhecendo um pouco as doenças mentaes (Régis).

Este processo de tratamento, muito dispendioso e só accessivel ás grandes fortunas, está indicado nos casos de *melancolia simples*, de *estados intellectuaes obsessivos* e ainda de *accessos melancolicos da loucura periodica*, sub-agudos e sem tendencias suicidas. E' inutil em quasi todos os outros casos e está contraindicado nas fórmas agudas das psychoses accidentaes, nos delirios systematisados em que as allucinações representem um grande papel e em todas as loucuras que se acompanham de tendencias suicidas ou aggressivas.

Colonias agricolas e familiaes. — As *colonias agricolas* podem offerecer dois typos (Anglade): o de *manicomio-agricola* e de *annexo-agricola de um manicomio.*

Por si mesmos se definem estes typos. O primeiro póde representar-se por uma quinta mais ou menos vasta em que a casa de habitação é um asylo, servido por medicos; o segundo póde figurar-se como a mesma quinta com uma ou muitas casas de habitação, situadas a maior ou menor distancia de um manicomio e tributarias d'elle. No primeiro d'estes typos coloniaes, todos os alienados vivem hospitalisados; no segundo, uma parte d'elles vivem fóra e mais ou menos longe do manicomio, embora sob a inspecção e vigilancia do seu pessoal e podendo ser internados, quando necessario. Os trabalhos agricolas constituem a occupação exclusiva dos doentes em qualquer d'estes typos coloniaes, que convêm á generalidade dos alienados *chronicos e válidos* e ainda a grande numero de *convalescentes.*

As *colonias familiaes* são outra coisa. Ahi os doentes vivem no meio de uma população livre, distribuidos por

familias que os recebem mediante uma quantia estipulada, occupando-se em toda a sorte de trabalhos ou não se occupando em nenhum, conforme o seu estado de saude ou a sua fortuna; mas dependem de um manicomio local, porque são vistos pelos seus medicos e porque podem ser conduzidos ás suas enfermarias em casos de agitação ou de doenças intercorrentes.

Na colonia de Gheel (Belgica), a mais antiga, os doentes passam pelo manicomio local, d'onde sáem para as familias sob indicação dos medicos; são estes tambem quem concede, regula ou nega o emprego dos meios contentivos. Encontram-se ahi doentes de todas as variedades nosologicas e de todas as condições sociaes: os indigentes, a cargo das auctoridades, em casas de *nourrisiers* e trabalhando para elles; os que pagam a sua pensão, em casas de *hôtes*, mais ou menos bem installados e dispondo livremente da propria actividade (M. Lemos). *Nourrisiers* e *hôtes* podem receber tantos doentes quantos as suas habitações hygienicamente comportem.

As colonias familiaes convêm a todos os doentes para quem estão indicadas as colonias agricolas e ainda a um grande numero de *inválidos*.

O *private dwelling system*, usado na Escossia, consiste no isolamento *individual* dos alienados pobres em familias ruraes de um ou de varios logares.

Atrazados em tudo o que respeita a assistencia de alienados, não temos nenhum dos dois preciosos succedaneos dos manicomios: nem colonias agricolas, nem colonias familiaes. E todavia as primeiras poderiam installar-se entre nós com grandes vantagens economicas e therapeuticas. Um dia virão; até lá, como diziamos n'um trabalho sobre assistencia dos alienados em Portugal, «centenas de incuraveis da classe agricola continuarão a estiolar nas enfermarias dos manicomios fechados, quando em colonias seria facil valorisar os seus automaticos serviços, a esse ar livre dos campos, de que muitos guardam uma perpétua nostalgia.»

Agentes especiaes. — Comprehendemos sob esta designação os hygienicos, psychicos, physicos, cirurgicos e pharmacologicos.

Hygienicos. — A construcção dos manicomios, inspirando-se nas exigencias da therapeutica psychiatrica, não é hoje o que foi ha trinta annos; o systema dos grandes edificios unidos está sendo substituido pelo de pavilhões isolados, que correspondem melhor á differenciação de serviços, imposta pela nosologia e pelas correlativas necessidades de tratamentos especiaes.

Mas não tendo de occupar-nos aqui d'este assumpto, limitar-nos-hemos a indicar, em materia de *habitação*, que os loucos não hospitalisados devem ser mantidos em casas tão hygienicas quanto possivel e em *aposentos pouco elevados*, de preferencia ao nivel de jardim ou parque.

Os *vestidos* devem ser *amplos* e de fazendas que se opponham a uma *rapida e facil irradiação de calôr.* Os *epilepticos* devem usar á volta da cabeça, occupando o logar das abas de um chapeu, uma *cintura* cylindrica de 30 centimetros de espessura (que póde fazer-se de uma fazenda enchumaçada de algodão, de crina ou folhelho), destinada a proteger-lhes o craneo e a face nas quedas a que são sujeitos.

A *alimentação* deve ser sadia, reconstituinte, variada, mas de modo nenhum excitante.

As *bebidas alcoolicas* devem ser proscriptas; ultimamente n'um manicomio italiano foi supprimido o vinho com sensiveis vantagens, ao que parece. A alimentação dos *epilepticos* deve ser *hypochloretada;* a dos *paralyticos geraes* nos ultimos periodos deve ser sobretudo *liquida*, por causa das difficuldades da deglutição.

N'outro logar fallaremos da *alimentação forçada*, da sua opportunidade e dos meios de realisal-a.

A alimentação deve obedecer sempre a um horario inalteravel.

O *leito* deve ser confortavel e *baixo*. Os *agitados* e os *epilepticos* reclamam *leitos de guardas*, devendo preferir-se n'estes casos os modellos usados na Allemanha, em que as guardas, muito altas, são forradas de crina revestida por encerado, ou os que, menos dispendiosos, adoptamos no Hospital do Conde de Ferreira, em que as guardas, tambem muito altas, são de uma tela grossa e resistente.

Ha varios modellos de *leitos para os immundos*. Tendo experimentado alguns, abandonamol-os inteiramente, por pouco praticos ou pouco hygienicos. No Hospital do Conde de Ferreira, os leitos dos immundos não differem dos outros senão n'este detalhe: o colchão é feito de tres peças, de sorte que todos os dias ou mesmo mais de uma vez por dia se renova ou substitue a central, que o doente conspurca. Isto mesmo vi ultimamente adoptado em alguns manicomios de Paris.

Psychicos. — São a *suggestão em vigilia* e a *suggestão hypnotica;* o emprego d'estes meios é o que se chama *psychotherapia*.

O emprego do primeiro póde em certas fórmas de loucura ser de uma grande efficacia (melancolia simples, obsessões). Mas não é possivel estabelecer de um modo geral as suas regras, porque é do medico, do seu saber, da confiança que inspira ao doente, da sua experiencia e das suas qualidades affectivas e de caracter que o exito essencialmente depende.

A *suggestão hypnotica* é um valioso meio psychotherapico; infelizmente, poucas vezes é applicavel ao tratamento da loucura, porque, excepção feita dos hystericos e, segundo Régis, de alguns confusos com delirio onirico, são poucos os alienados hypnotisaveis. A minha pratica não confirma de modo nenhum as affirmações de Voisin, que dá a este meio therapeutico uma grande extensão; o que eu tenho sempre encontrado na maioria dos loucos é uma invencivel resistencia ao hypnotismo. Régis con-

sidera-os *refractarios* as mais das vezes; e Seppili expressamente declara que «a suggestão hypnotica não póde constituir um meio de tratamento das doenças mentaes, pela difficuldade de hypnotisar os alienados.»

Physicos. — A *agua* foi em todos os tempos um dos agentes physicos mais empregados no tratamento da loucura.

Brierre de Boismont preconisou em França o uso dos *banhos tepidos* (28° a 37° c.) prolongados, nos casos de agitação e nomeadamente na *mania aguda*. Essa pratica, reconhecida efficaz, foi universalmente adoptada e conserva-se em todos os manicomios, onde os banhos demorados de 1 a 4 horas são de emprego diario. Nos ultimos annos, os allemães (Kraepelin, Würth) têm elevado a duração d'esses banhos que, em certos casos, se não conta por horas, mas por dias e semanas. Por todo esse tempo a banheira é a habitação do doente, que lá dorme e se alimenta. Christian considera estes banhos mais um processo contentivo, substituindo o collete de forças, que um verdadeiro agente de cura; e n'este sentido se têm pronunciado os alienistas francezes, na sua maioria.

Os *banhos frios* de immersão (10 a 12° c.), durando alguns minutos, têm sido empregados com exito na *mania aguda*, na *melancolia anciosa*, no *alcoolismo* (delirium tremens) e no *delirio agudo*.

Os *banhos sinapisados* são por vezes de uma grande efficacia na *melancolia estupida;* actuam como revulsivos.

Os *banhos sulfurosos* têm sido empregados com vantagem contra a *choreia* e suas perturbações mentaes.

As *duchas tépidas* em chuveiro, sufficientemente prolongadas, dão resultados analogos ao do banho de immersão. Estão indicadas na *mania* e na *melancolia anciosa*.

As *duchas frias* em chuveiro, pouco demoradas, produzem effeitos sedantes notaveis, que podem aproveitar-se

nos *casos de grande agitação;* temol-as empregado com successo nos accidentes agudos do *alcoolismo*.

As *duchas escossezas*, toni-sedantes, convêm nos casos em que é necessario preencher a dupla indicação de calmar a excitação cerebral de um doente e de activar-lhe os processos trophicos; a rapida successão dos jactos quente e frio conduz a estes fins. Empregamos estas duchas com vantagem na *melancolia*, com ou sem delirio, na *mania chronica*, em casos de *paranoia* de longa duração e, sobretudo, nas perturbações mentaes tributarias da *hysteria*.

O *enfaixamento* com intuitos toni-sedantes emprega-se tambem, com vantagem, nos casos que acabamos de enumerar. Sobre dois grossos cobertores dispõe-se um lençol mergulhado em agua fria (8° a 10° c.) e depois torcido; sobre o lençol deita-se o doente nu, e em seguida enfaixa-se, apertando-o fortemente dentro do triplice involucro por espaço de 15 a 20 minutos. Para obter uma abundante sudação, que póde ser util em certos casos de *confusão mental*, prolonga-se o enfaixamento até uma ou duas horas.

A *massagem*, muito empregada nas doenças nervosas, é-o menos nas doenças mentaes. Todavia, é reconhecido que, sob a fórma de *fricções*, ella dá excellentes resultados, sobretudo se associada á hydrotherapia, nos casos de *confusão mental* e de *melancolia estupida*.

A *electricidade*, de um largo emprego nas doenças nervosas, é raras vezes applicada em psychiatria. As suas indicações são ainda hoje muito controvertidas. Entretanto, alguns resultados indiscutivelmente vantajosos se têm tirado entre nós da *faradisação cerebral* em casos de *melancolia estupida* (M. Lemos). Nos *mesmos casos* e com resultados egualmente satisfatorios se tem empregado na Allemanha a *faradisação peripherica* (Benedikt, Arndt).

Os effeitos da *galvanisação cerebral*, que parece cheia de perigos, são muito discutiveis. A *franklinisação* mereceria, segundo Régis, ser empregada contra os *estados*

depressivos e *confusionaes;* todavia, este psychiatra não fundamenta sobre casos clinicos o seu voto.

O *alectuamento* como processo curativo na loucura não é uma conquista d'hoje; Guislain applicou-o com excellentes resultados em algumas fórmas de alienação mental e preconisou o seu uso. Todavia, só contemporaneamente se systematisou este meio de tratamento, muito generalisado na hora actual.

Algumas das suas indicações parecem definitivamente assentes. Assim, é vantajoso o alectuamento na *mania aguda*, na *melancolia* e na *confusão mental*, quer iodiopathica, quer symptomatica (intoxicações). Régis considera-o o tratamento por excellencia dos casos de *delirio onirico*. Por nossa parte, temol-o empregado com vantagem na *melancolia* não só depressiva, mas anciosa, parecendo-nos que uma parte do beneficio colhido nos casos d'esta ordem procede da posição horisontal em que os doentes se conservam e que naturalmente favorece a circulação do cerebro. De resto, os melancolicos não só acceitam, mas procuram a permanencia no leito; tendo observado este facto, já os antigos lhes davam o nome de *lectuarios*. D'este nome deriva o neologismo *alectuamento*, que me parece traduzir bem o *alitement* dos francezes.

E' claro que este processo therapeutico é essencialmente temporario, convindo apenas, nas doenças em que está indicado, á phase aguda de evolução.

Cirurgicos. — A *craneotomia* foi, não ha muitos annos, largamente empregada no tratamento da *idiotia microcephalica*. Pensou-se que a ossificação precoce das sutturas do craneo era impedimento á evolução do encephalo; d'aqui a ideia de permittir a livre expansão d'este pela ablação de uma parte mais ou menos consideravel do craneo. Esta ingenua theoria cahiu diante da observação: viu-se, com effeito, que em muitos casos de accentuada

microcephalia a cavidade craneana era ainda excessiva para o reduzido cerebro n'ella contido. A série de insuccessos levou ao abandono d'esta operação.

A *trepanação* foi tambem, um instante, muito empregada no tratamento da *paralysia geral;* mas a diminuição do liquido cephalo-rachydiano que por esse meio se tentava, póde obter-se pela *puncção lombar.* A trepanação applica-se com exito nos casos de *epilepsia traumatica* e de *tumores*, a que parecem reduzir-se as suas indicações.

A *puncção lombar* tem por fim diminuir pela subtracção de uma certa quantidade de liquido cephalo-rachydiano, a compressão cerebral. Faz-se com uma agulha de 8 centimetros de comprimento, que deve ser esterilisada. Sentado ou deitado o doente em decubito lateral, feita a asepsia da região lombar, o operador procura, tendo previamente desinfectado as mãos, o ponto em que deve introduzir a agulha, *entre a 4.ª e 5.ª vertebras lombares*, tomando para posto de reparo as cristas iliacas. Palpando com o indicador da mão esquerda a ponta da 4.ª vertebra lombar, o operador mede cinco millimetros para baixo e para fóra d'este ponto, e, anesthesiada a região com chloreto de ethylo, introduz a agulha de cima para baixo com uma leve inclinação para dentro. A agulha penetra assim na cavidade cephalo-rachydiana e o liquido começa a sahir. A quantidade a tirar varia com o grau provavel de compressão, podendo ir até 3 centimetros cubicos. Quando a operação se faz com intuitos, não therapeuticos, mas diagnosticos (cytodiagnostico), convem recolher o liquido n'um tubo esterilisado, que logo se fecha hermeticamente.

As *intervenções gynecologicas* nas alienadas têm produzido algumas vezes a cura não só da doença que as indicou, mas da psychose que com ella coexistia. Baseados em casos d'esta ordem, pensaram alguns observadores que taes operações podiam aspirar ao titulo de um processo methodico de tratamento em psychiatria. Esta extranha

doutrina que suppõe entre as doenças dos orgãos pelvicos e a loucura uma relação de causa e effeito, foi abandonada. Os casos em que as grandes operações gynecologicas nenhuma influencia têm sobre a loucura, são os mais numerosos; e os que serviram de apoio a uma esperança illusoria de tratamento cirurgico das psychoses, podem interpretar-se como effeito do choque traumatico, da operação em si mesma (Christian), por isso que operações praticadas em outros orgãos têm produzido analogos resultados (Picqué).

A *sangria* e o *sedenho sobre a nuca*, n'outro tempo applicados largamente, estão abandonados; todavia, alguns auctores consideram injustificada a proscripção absoluta d'estes agentes, que teriam algumas indicações no periodo agudo da *paralysia geral*.

As *injecções de sôro physiologico* têm sido preconisadas no tratamento de muitos casos de *confusão mental* de origem toxica e infecciosa.

A *lavagem do estomago* está indicada em grande numero de casos de *melancolia* e de *confusão mental*.

A *alimentação forçada* tem uma formal indicação nos casos de *sitophobia* ou recusa obstinada de toda a refeição (melancolicos, hypocondriacos, perseguidos).

Esta operação consiste em levar da bocca ou do nariz ao estomago, por meio de uma *sonda esophagica*, liquidos nutritivos: leite, caldo, succo de carne, gemas d'ôvo, oleo de figado de bacalhau, vinho. Para fazer o catheterismo pela bocca, é preciso manter afastadas as maxillas e immobilisada a lingua, o que se consegue por um apparelho de Collin, denominado *Ouvre-bouches avec abaisse-langues*. Mas, a não ser que haja absoluta impossibilidade (determinada, por exemplo, pela presença de polypos), o catheterismo faz-se pelas narinas.

Sentado e immobilisado o sitophobo, introduz-se a sonda (que deve ser flexivel, molle, extensa e de pequeno diametro) por uma das narinas, tendo o cuidado de hume-

decel-a em agua tépida ou de a olear previamente. Quando sente que a sonda encontrou a parede posterior da larynge, o operador pára um instante para depois, muito lentamente, lhe imprimir um ligeiro movimento rotatorio. Sabe-se que a sonda penetrou no canal pharingo-esophagiano por uma brusca oscillação que experimenta. D'este momento em diante, a operação consiste em imprimir á sonda um ligeiro movimento propulsivo que a conduz ao estomago.

Todo o perigo d'este processo de catheterismo consiste em errar caminho, introduzindo a sonda na larynge; então têm logar a asphyxia e a aphonia. Se estes phenomenos se não produzem e se o operador, applicando o ouvido á extremidade livre da sonda, percebe o ruido que produz a passagem dos gazes do estomago, está seguro de ter achado o caminho conveniente. De resto, por precaução, ao introduzir os liquidos alimentares, começará por lançar na sonda algumas gottas apenas. A passagem dos liquidos para a sonda esophagica póde fazer-se por meio de uma seringa ou de um pequeno funil de vidro, previamente desinfectado, que se adapta á sua extremidade externa.

O catheterismo esophagico póde ser aproveitado para ministrar medicamentos.

O estado geral do doente regula a *opportunidade* da alimentação forçada. Em regra, convem não demorar mais de 24 a 48 horas a intervenção. O doente deve ser alimentado duas vezes por dia; e os liquidos devem ser aquecidos em banho-maria á temperatura do corpo.

Pharmacologicos. — Os *purgantes*, quer se tenha em vista combater a constipação, que é muito frequente nos alienados, quer produzir uma derivação sobre o intestino, são de uma pratica habitual.

Os *hypnoticos* e os *calmantes* são tambem de uso constante na clinica psychiatrica. O *opio* sob a fórma de

tintura é largamente applicado, com vantagem, na *melancolia;* as injecções hypodermicas de *morphina* têm a mesma indicação. O *sulfonal*, o *veronal*, o *trional*, a *bromidia*, o *hydrato de chloral*, a *paraldehyde* e a *urethana* são hypnoticos seguros.

Os calmantes mais empregados são os *brometos alcalinos*, a *trinitina* e, em injecções subcutaneas de 1/4 até 2 milligrammas, a *hyoscina* e a *duboisina*. Estes dois ultimos medicamentos não devem nunca empregar-se de começo senão nas dóses minimas; são perigosos e reservam por vezes as mais desagradaveis surprezas.

Os *tonicos* estão indicados em todos os casos de *depressão*. Prestam grandes serviços as *preparações ferruginosas*, os *amargos*, o *arsenico*, o *cacodylato de soda* em injecções hypodermicas, os *phosphatos de cal* e a *lecithina*.

Como *anti-periodicos* têm sido empregados os *saes de quina* e a *atropina* no tratamento das psychoses cyclicas; nunca os applicámos com exito.

Os *estimulantes* encontram uma formal indicação nos casos de *asthenia*. Empregam-se o *caffé*, o *chá*, o *alcool*, a *kola* e, em injecções subcutaneas, a *caffeïna* e o *ether*.

A *organotherapia* tem sido largamente ensaiada nas doenças mentaes, sem resultados animadores. Todavia, o *extracto thyorideo* teria sido, segundo alguns observadores, empregado com vantagem na *mania aguda*, nas *psychoses puerperaes* e na *estupidez;* e o *extracto ovarico* teria dado, nas mãos de Régis, resultados sensiveis nas *psychoses climatericas* e *puerperaes*. E', como veremos, no tratamento do *cretinismo endemico* e *esporadico* e do *basedowismo* que a opotherapia conta os seus grandes successos.

SEGUNDA PARTE

NOSOLOGIA

Estudámos até aqui de um modo geral e abstracto os elementos communs a todas as doenças mentaes, as bases da sua classificação, os preceitos a que deve subordinar-se o seu exame, os principios em que assenta o seu prognostico e os agentes do seu tratamento. Este foi, com effeito, o objecto da primeira parte.

O da segunda será o estudo particular e concreto das figuras nosologicas, seriadas segundo o quadro exposto no Capitulo V das GENERALIDADES e que é, como dissémos, o de E. Tanzi, ligeiramente modificado.

Não é ainda de absoluta harmonia e de perfeita concordancia de vistas sobre a nosologia, o periodo que vamos atravessando. Grupos, que uns consideram independentes, fundem-se, segundo outros, em grupos mais vastos; assim, a Mania e a Melancolia, com que formamos as Psychoses Affectivas, seriam na opinião d'alguns auctores (Kraepelin, Dénis) simples modalidades da loucura periodica ou manifestações da Psychose Maniaco-depressiva. Por outro lado, não é a mesma para todos os psychiatras a extensão nosologica de certas psychoses, como a Demencia precoce e a Paranoia. Emfim, é muito diversamente

comprehendida pelos tratadistas a pathogenia de algumas entidades, nomeadamente da Paralysia Geral, da Idiotia, da Epilepsia, da Paranoia, da Hysteria e da Demencia Precoce.

Todas estas divergencias, tão naturaes n'uma phase de renovação scientifica, as iremos imparcialmente notando. Além d'isso, porque é diversa a nomenclatura dos auctores, daremos, tão completa quanto possivel, a synonimia das figuras nosologicas, habilitando assim o leitor a um facil confronto de tratados de litteraturas differentes.

PRIMEIRA SECÇÃO

PSYCHOSES ACCIDENTAES

Estão comprehendidas n'este grande grupo todas as doenças mentaes tributarias de causas exogénes, quer estas actuem sobre um cerebro válido e já desenvolvido, quer sobre um cerebro em evolução, mas não fortemente predisposto e vulneravel por herança.

Este grupo, que comprehende os subgrupos da Confusão mental, das Psychoses Toxicas, das Cerebropsychopathias e das Psychoses Affectivas, contrasta com o grupo das PSYCHOSES CONSTITUCIONAES, em que a hereditariedade, causa endogéne por excellencia, tem uma funcção preponderante, dando ao cerebro, desenvolvido ou não, uma particular fragilidade em face das condições mesologicas.

Entretanto, na seriação dos subgrupos das PSYCHOSES ACCIDENTAES é facil notar que á medida que se desce das intoxicações, evidentemente fortuitas, para as psychoses affectivas, em que já um elemento endogéne, uma predisposição individual se revela, as differenças dos dois grupos se vão lentamente esbatendo e apagando. Entre o ultimo subgrupo das PSYCHOSES ACCIDENTAES e o primeiro das PSYCHOSES CONSTITUCIONAES a transição nada tem de violenta, antes se faz de um modo pouco sensivel.

CAPITULO I

CONFUSÃO MENTAL

Amencia; demencia aguda; delirio sensorial; delirio de inanição; delirio de collapso; acute confusional insanity; delusional stupor; paranoia dissociativa; acute primaräre Verrückthelt; acute Wahnsinn; einfache Werwirrtheit.

Definição e variedades.—E' uma psychose nem sempre apyretica, tributaria de causas de natureza toxica ou infecciosa, caracterisada physicamente por phenomenos de desnutrição e, mentalmente, por um estado de exhaurimento e desorientação, que póde acompanhar-se de erros psychosensoriaes, de ideias delirantes e de agitação motora sem base affectiva.

Assim comprehendida, a confusão mental não é sómente o effeito mais ou menos remoto de doenças toxicas ou infecciosas, mas ainda a representação psychica das perturbações cerebraes que essas doenças podem determinar em qualquer dos periodos da sua evolução. Por outros termos: não é apenas na declinação, mas no começo ou na phase mais intensa das infecções e intoxicações que a confusão mental apparece (Régis). D'este modo ella abrange, como uma vasta synthese, os delirios febris e os delirios de collapso, qualquer que seja a sua origem, infecciosa ou toxica.

Mas, sendo assim, porque damos á confusão mental os fóros de figura nosologica e não a consideramos antes um mero syndroma das doenças toxico-infecciosas?

Porque, como Tanzi faz notar, a apparente multiplicidade das causas esconde uma real unidade. «As perturbações somaticas diversas, escreve o eminente professor italiano, que podem ser os factores primitivos e remotos do syndroma amencial, não provocam a sua emergencia senão porque convergem n'uma acção commum, que se exerce de preferencia sobre as funcções perceptiva e associativa do cerebro e se revela pela homogeneidade de effeitos psychicos em todos os casos. Esta acção caracteristica, embora se realise no curso de infecções e de intoxicações as mais diversas pela natureza e pela intensidade, é constante como mecanismo physiopathologico e póde considerar-se a causa immediata e unica da Amencia. Esta é, alguma coisa de compacto no ponto de vista da pathogenia; e a uniformidade, não das causas, mas da acção d'ellas corresponde perfeitamente á indiscutivel unidade dos seus quadros clinicos.»

Se os symptomas de exhaurimento e obnubilação são exclusivos ou, pelo menos, sensivelmente predominantes, realisa-se o quadro clinico da *confusão mental simples ou asthenica;* se as illusões, as allucinações, o delirio e a agitação motora tomam um certo relêvo, define-se o quadro da *confusão mental allucinatoria* ou *delirante* ou ainda *agitada*.

A confusão mental simples ou asthenica toma o nome de *estupidez* (amencia atonita, dos italianos), se o exhaurimento se accentua até á suspensão das funcções psychomotoras.

A confusão mental delirante que se acompanha de febre intensa, toma o nome de *delirio agudo* (confusão mental meningitica, de Régis; amencia sobreaguda, de Agostini; amencia gravissima, de Tanzi).

Etiologia.— As *infecções* e as *exo* e *endo-intoxicações* constituem as causas por excellencia da confusão mental.

O *sexo feminino* é o mais frequentemente attingido.

A *predisposição hereditaria*, neuro ou psychopathica, se póde ser invocada em alguns casos, só representa um papel secundario.

Symptomatologia. — Estudaremos successivamente os *symptomas constantes* ou essenciaes da doença e os seus *symptomas episodicos*, accidentaes ou variaveis, comprehendendo no primeiro grupo os que nunca faltam e cuja presença basta para diagnosticar a affecção, e no segundo os que, embora frequentes ou mesmo de grande relêvo, podem não existir em muitos casos. Uns e outros são physicos ou *somaticos* e *psychicos* ou mentaes.

SYMPTOMAS CONSTANTES. — Do *lado physico* não faltam nunca a *cephaleia*, as *perturbações do somno* e as *alterações nutritivas*.

A cephaleia, que, como justamente observa Régis, é muito rara nas psychoses, constitue na confusão mental um symptoma constante e de ordinario precoce. E' *gravativa*, muito *intensa*, *persistente* e de *séde diffusa*, acompanhando, embora attenuada, a convalescença, na grande maioria dos casos.

As perturbações do somno são ainda symptomas habituaes e primitivos de confusão mental. A *insomnia* acompanha toda a evolução da doença; entretanto, com este symptoma alternam verdadeiras crises da *narcose*. O doente, que não dorme ou dorme muito pouco durante a noite e no leito, é tomado subitamente de dia por imperiosas somnolencias, comparaveis ás que assaltam em meio do trabalho os individuos excessivamente fatigados; não se trata de verdadeiros somnos reparadores, mas de curtos estados de semiconsciencia, em que a communicação do doente com o mundo exterior se não rompe inteiramente e as impressões reaes se confundem com os productos subjectivos de um cerebro inconvenientemente irrigado.

As alterações nutritivas não deixam nunca de obser-

var-se nas phases iniciaes da doença, pelo menos. Todo o trophismo se altera profundamente: as *funcções digestivas* executam-se mal; a *circulação* retarda-se ou accelera-se; a *temperatura* baixa ou attinge, pelo contrario, uma grande elevação; as *secreções* perturbam-se, augmentando umas, como a salivar e a sudorifica, diminuindo outras, como a renal e a hepathica; emfim, o *peso* diminue rapidamente no periodo inicial da doença, offerecendo depois oscillações multiplas e sensiveis.

Do *lado mental*, um syndroma constante e absolutamente caracteristico reside no *exhaurimento* ou inercia das funcções superiores do espirito.

Variando na sua intensidade desde o simples *torpor cerebral*, sorte de prostração ou de fadiga ainda compativel com um certo grau da vida de relação (Ball), até ao *estupor*, em que esta vida cessa pela suspensão de todas as funcções psychicas, o exhaurimento psychico traduz-se na esphera intellectual por afrouxamento na *associação das ideias*, por *amnesia* e por *desorientação*, na esphera affectiva por *indifferença*, e nos dominios da vontade por *ausencia de uma actividade consciente e ordenada.*

O afrouxamento na associação das ideias é na confusão mental muito differente do que tem logar n'outras psychopathias. Assim, elle não é, como na melancolia, determinado pela fixação do espirito sobre um restricto numero de ideias penosas, que surgem como expressão de estados affectivos e enchem todo o campo da consciencia, nem, como nas cerebropsychopathias, produzido por irreparaveis lesões destructivas do cerebro. Expressão de um torpor de origem toxica, esse afrouxamento não se subordina a estados primarios de sentimento, nem assenta sobre uma definitiva invalidade cerebral; a sua duração e a sua intensidade são funcções de um estado toxico do cortex.

A morosidade das percepções, que tambem se observa na melancolia como effeito da concentração do doente

sobre si mesmo, e nas demencias com resultado da atrophia cortical, é na confusão uma consequencia da inercia e da desordem funccionaes do cerebro intoxicado.

A amnesia, symptoma commum a um consideravel numero de psychopathias, tem na confusão mental alguma coisa de caracteristico e de privativo. Não se trata, com effeito, de uma amnesia regressiva como a observada nas demencias, ou de amnesia incompleta e systematica, tal como nos ictos cerebraes se nota, mas de «um mixto de recordações exactas, precisas, delicadas e de esquecimentos absurdos, extravagantes, excessivos» (Régis); trata-se de uma *amnesia retro-anterograda*, de uma *amnesia de fixação* (Vid. pag. 50) que o caracter diffuso do agente causal, infeccioso ou toxico, permitte comprehender. Assim, o confuso, que acaba de referir pormenorisadamente um acontecimento passado ou de fazer a exacta descripção de um logar distante, póde procurar um objecto que tem na mão, pedir que o deitem, estando no leito, ou reclamar uma refeição, estando á meza (Régis, Korsakoff). Quando se curam, os confusos ou perdem completamente a memoria do accesso (amnesia lacunar) ou apenas conservam d'elle uma recordação fragmentaria e vaga.

Outra expressão symptomatica essencial do exhaurimento psychico dos confusos, é a *desorientação no tempo e no espaço*. O doente não precisa logares, nem épocas, podendo succeder que se perca dentro da propria casa ou que, no rigor do inverno, se supponha em pleno estio.

O não reconhecimento das pessoas e das coisas é tambem constante, podendo acontecer que o doente não distinga os proprios parentes ou não saiba os usos dos objectos mais triviaes; d'aqui, a impossibilidade que o doente tem de nomear umas e outras, o que póde fazel-o tomar por um aphasico.

Estes extremos limites raramente são attingidos; todavia, um certo grau de desorientação é um symptoma de tal maneira constante que d'elle deriva o nome da psychose.

A *indifferença* affectiva constitue o modo de ser habitual do confuso. Isto não quer dizer que sentimentos de alegria ou de tristeza não possam n'elle apparecer como symptomas de reacção em face de erros sensoriaes ou de ideias delirantes; todavia, ao contrario do que acontece nas psychoses de base affectiva, são estes phenomenos secundarios e episodicos na confusão mental, que póde fazer sem elles toda a sua evolução.

O modo de ser superior da actividade psychomotora a que se dá o nome de *vontade* e que consiste em regular e inhibir impulsos, não é possivel na confusão mental.

Traduzindo o exhaurimento cerebral, nos seus graus intensivos, a actividade motora ou tem de suspender-se, e é este o caso da estupidez, ou de fazer-se á mercê do funccionalismo cahotico dos centros sensorio-motores, como acontece na confusão allucinatoria.

O que vem de ser dito permitte comprehender a *dissociação da personalidade*, que, em grau mais ou menos intenso, é um facto constante na confusão mental. Tudo o que concorre á formação da unidade formal e real do individuo está, com effeito, compromettido n'esta psychose; a *ataxia mental* (Tanzi) que a caracterisa, oppõe-se á synthese superior que se chama a personalidade.

Symptomas episodicos. — Nem sempre, *do lado psychico*, a symptomatologia da confusão mental se confina nos estreitos limites que acabamos de traçar e que são de certo modo eschematicos. Na grande maioria dos casos, aos phenomenos de exhaurimento e de torpor vêm juntar-se phenomenos de automatismo psychico (*actividade onirica*, de Régis; *actividade polygonal*, de Grasset), traduzindo-se por *delirios* e *allucinações*.

Os delirios são extremamente variados. Os que mais vezes se observam e os mais persistentes têm um caracter *penoso* como os da melancolia; entretanto, observam-se algumas vezes delirios de caracter expansivo como os da

mania e da paralysia geral. Ideias de ruina, de morte proxima, de criminalidade, de perseguição, de grandeza, — todas podem concorrer na sua formação. Mantidos por vezes com uma certa tenacidade, estes delirios são todavia asystematicos. Os doentes não os defendem, nem mesmo os discutem; limitam-se a repetil-os. Assim, sem esforço podemos considerar os delirios confusionaes de mais persistencia como verdadeiras *estereotypias ideativas*. Aquelles em que ideias antagonicas se succedem, têm o caracter francamente dissociado, illogico e incoherente dos sonhos, a que expontaneamente os comparam por vezes os proprios enfermeiros.

As allucinações podem ser de todos os sentidos, predominando, em regra, as *visuaes* e *auditivas*. De caracter as mais das vezes *penoso* e mesmo *aterrorisante*, as allucinações dos confusos podem tambem revestir um caracter *expansivo* ou mesmo *hilariante*. As allucinações cenesthe-ticas dão ao delirio um caracter hypocondriaco. Essencialmente mudaveis e kaleydoscopicas, estas allucinações succedem-se como as dos *sonhos*, tendo muitas vezes sob a sua dependencia os delirios, a que dão o colorido e o tom.

Fazendo da confusão mental um syndroma secundario provocado pelas desordens sensoriaes, Bianchi emitte uma opinião excessiva, porque o quadro clinico da confusão é seguramente mais extenso que o da sua *Frenosi Sensoria;* é, todavia, indiscutivel que n'um certo numero de casos a desorientação augmenta com as allucinações e que os delirios se subordinam a ellas.

As allucinações relacionam-se frequentemente com a *profissão* ou com as *preoccupações habituaes do doente;* e o mesmo se póde dizer dos delirios.

A agitação motora, traduzida quer em actos desordenados e impulsivos, quer n'uma verborrheia incoherente, acompanha as allucinações e os delirios. Os doentes rasgam a roupa, quebram objectos, fazem corridas sem destino, cantam e gritam, articulam incessantemente

palavras sem nexo, que muitas vezes parecem succeder-se por consonancia, conspurcam-se, comem vorazmente, misturando os alimentos, ou recusam as refeições e vão por vezes até á pratica de actos aggressivos e delictuosos, que logo esquecem.

Procurando caracterisar o delirio confusional, Régis denominou-o *delirio onirico*, generalisando assim um ponto de vista de Lasègue, que em 1881 considerou o delirio alcoolico um *delirio de sonho*. Mas foi mais longe ainda o professor de Bordeus, estabelecendo que o sonho dos confusos não é o do somno normal, mas o do somno pathologico do somnambulismo, dos estados segundos. «Basta observar, diz Régis, os delirantes toxicos para comprehender que elles não são adormecidos ordinarios, que assistem passivos e como simples espectadores ás objectivações cinematographicas do seu automatismo mental, mas adormecidos activos e em movimento. Como os somnambulos, elles vão do sonho mudo ao sonho fallado e ao sonho d'acção, n'uma percepção mais ou menos confusa do ambiente, que misturam ás suas concepções phantasticas, passando por vezes do seu estado segundo á realidade e d'esta áquelle, segundo são interpellados ou abandonados a si, segundo abrem ou fecham os olhos; tambem, como os somnambulos, sáem do seu sonho por um verdadeiro acordar, não tendo em regra senão uma lembrança vaga ou nulla do accesso; como os somnambulos, emfim, conservam muitas vezes implantada no espirito durante um tempo mais ou menos longo depois da cura alguma ideia falsa isolada, obsessiva, tenaz, *reliquat* de uma das concepções principaes do sonho allucinatorio, especie de monoïdeismo, de *ideia fixa post-onirica*, identico ao monodeïsmo, á ideia fixa post-hypnotica. A propria *amnesia* dos estados toxicos lembra inteiramente, pelos seus caracteres de amnesia retro-anterograda e de fixação, a amnesia das nevroses e dos traumatismos. Emfim, o que acaba de provar a identidade de natureza do delirio

toxico ou infeccioso e dos estados segundos é que frequentemente podemos intervir n'aquelle como n'estes pela *hypnose suggestiva*, quer para despertar uma lembrança perdida do accesso, quer para combater as ideias fixas que lhe sobrevivem, — e isto na ausencia de qualquer elemento hysterico, porque muitas vezes, n'estes casos, a suggestibilidade do doente não existe senão durante a intoxicação e cessa com ella».

N'esta mesma ordem d'ideias, Grasset vê no delirio onirico um frisante exemplo da dissolução do centro O e dos centros polygonaes, — da actividade psychica superior e inferior ou automatica, em beneficio d'esta. Assim o *delirio onirico* de Régis seria para o professor de Montpellier um *delirio polygonal*.

Do *lado physico*, numerosos symptomas episodicos podem juntar-se aos que mencionámos como constantes ou essenciaes.

Um d'elles é a *febre persistente e elevada*. A temperatura é tão oscillante na confusão mental, que, segundo Tanzi, raros casos deixarão de acompanhar-se, n'uns ou n'outros dos seus periodos evolutivos, de exacerbações thermicas. Todavia a febre persistente e elevada, de 40 e mais graus, só se observa n'uma variedade de confusão mental; é caracteristica do *delirio agudo*, que adiante descreveremos.

Um *tremulo* mais ou menos generalisado, determinando movimentos ataxicos dos labios, da lingua e das mãos, similhantes aos da paralysia geral, observa-se algumas vezes.

D'aqui as dysarthrias, que por vezes se combinam com *amnesias verbaes*, tornando a linguagem *pseudo-aphasica* e paraphasica, (Meynert).

Ataques de typo hysterico, epileptico e comatoso, assim como *estados cataleptiformes* e *catatonicos*, podem observar-se em alguns casos.

A *desegualdade pupillar* e as *perturbações dos re-*

flexos luminoso e de accommodação notam-se com relativa frequencia. Estes symptomas são todavia essencialmente transitorios, podendo apparecer e desapparecer n'um certo espaço de tempo, ás vezes no mesmo dia (Chaslin, Séglas, Régis).

O estado dos *reflexos tendinosos e cutaneos* é muito variavel; o que mais vezes se observa é o *exaggero*.

Confusão mental simples ou asthenica. — Esta variedade representa a doença no que elle tem de essencial e eschematico; é a confusão mental reduzida aos seus symptomas constantes.

Fig. 12.— Confusão mental asthenica

Confusão mental allucinatoria ou delirante. — E' a variedade em que ao torpor cerebral ou ao exhaurimento caracteristico das funcções superiores do espirito se juntam allucinações e delirios.

Estupidez. — Esta variedade, que alguem denominou *demencia aguda curavel* (Krafft-Ebing), representa o maximo grau intensivo da confusão mental asthenica; em vez de um simples afrouxamento das funcções psychomotoras, é uma verdadeira suspensão que aqui se observa.

Todas as relações centripetas e centrifugas entre o doente e o meio se encontram por mais ou menos tempo cortadas. Não recebendo impressões do mundo externo, o confuso nada projecta tambem sobre elle: não exteriorisa pensamentos, nem exerce acção.

E' o estado de inercia, o estado de morte apparente (Régis), psychologicamente fallando.

E dizemos *apparente*, porque um certo automatismo cerebral, uma certa subconsciencia é ainda, em minimas proporções, possivel n'estes casos; de facto, interrogados depois da cura, alguns doentes denunciam uma recordação de estados allucinatorios, embora vaga e indistincta como a que fica de um sonho ao despertar. Um certo grau de *negativismo*, observado em alguns casos de estupidez, depõe no mesmo sentido. Entretanto, a vida consciente ou se encontra supprimida ou limitada a manifestações esporadicas de valor insensivel.

A *mascara* dos estupidos é perfeitamente inexpressiva, e a sua *inercia* absoluta. E' muito duvidoso que sintam a dôr; de facto, a persistencia de reacções reflexas á picada ou á queimadura não basta para excluir a suspeita de *analgesia*.

Mas não são apenas as funcções cerebraes de caracter psychologico as compromettidas; as funcções trophicas affrouxam-se notavelmente, o que a *hypothermia* e o *gatismo* habitual revelam.

A estupidez póde installar-se bruscamente; todavia, em regra, ella succede a algumas das variedades anteriormente estudadas, apparecendo quer como intensificação da amencia simples, quer como episodio da amencia allucinatoria.

Delirio agudo. — Esta variedade, que Régis denomina *confusão mental meningitica*, Tanzi *amencia gravissima* e Agostini *amencia hyperaguda*, tem sempre uma origem infecciosa e distingue-se principalmente das outras variedades pela presença de uma febre que se eleva a 40° ou mais. A designação da *typhomania* que lhe davam os antigos alienistas, indica bem que sempre esta variedade se collocou na dependencia de estados somaticos muito graves. A sua origem infecciosa está hoje perfeitamente demonstrada. Uma questão, porém, divide ainda os psychiatras: a de saber se o delirio agudo reconhece por

causa uma infecção unica, a mesma sempre e especifica (Ballet), ou se ella póde apparecer sob a acção de infecções variadas (Régis).

O delirio agudo é, em regra, precedido de uma phase premonitora da curta duração de um a tres dias, essencialmente caracterisada por *cephaleia violenta* e symptomas de *abatimento* physico e moral. A estes prodromos succede uma agitação intensa que attinge rapidamente o seu maximo e que muitas vezes coexiste com *ataques convulsivos*. A *lingua* secca-se, os *labios* tornam-se fuliginosos, a febre rompe (39° a 41°), o *pulso* e a *respiração* acceleram-se (100 a 140 p.; 40 resp.), a *cabeça* é pesada e quente, a pelle cobre-se de um *suor* viscoso, a *saliva* é abundante e o *halito* fetido. A *constipação* é de regra. N'estas condições observa-se *anorexia*, e o doente vae muitas vezes até á *sitophobia* e á *hydrophobia*. Ao mesmo tempo os reflexos exageram-se e um *tremulo* surge, mais ou menos generalisado, compromettendo a articulação da palavra. As pupillas são rigidas, deseguaes; e por vezes observa-se *estrabismo*. Presa de uma *agitação incoercivel* (Régis) e de allucinações penosas, o doente vocifera e debate-se contra o pessoal assistente, range os dentes, e a sua physionomia exprime a *desconfiança* e o *terror;* a sua mimica revela uma *anciedade defensiva*.

A esta phase, de uma duração variavel entre cinco e dez dias (Agostini), succede um periodo de prostração extrema. O *rosto* torna-se excessivamente pallido, os *olhos* incovam-se, as *regiões malares* fazem-se cyanoticas, as *narinas* e os *labios* cobrem-se de crostas fuliginosas, a temperatura desce rapidamente, a *voz* é fraca, a *palavra* indistincta e rouca, a *respiração* anciosa, o *pulso* imperceptivel e intermittente, a *insomnia* completa; á constipação primitiva succede a *diarrheia*, e o doente acaba ou por *syncope cardiaca* ou por *exhaurimento nervoso* com symptomas bulbares (Régis).

Todos os casos de delirio agudo que temos observado, terminaram pela morte. Todavia, a cura é possivel na primeira phase da doença por defervescencia gradual e augmento progressivo ou critico da secreção urinaria (Régis).

Evolução. — Nada mais variavel que a marcha da confusão mental, qualquer que seja o aspecto por que a encaremos. Assim, pelo que respeita á duração, ha casos *subagudos*, como são a maioria dos que formam as variedades asthenica e allucinatoria de média intensidade, *agudos*, como os que entram na *estupidez*, e *sobreagudos* como os que fazem parte da variedade geralmente denominada delirio agudo. Relativamente á direcção, a marcha póde fazer-se no sentido da *cura*, que tem logar muitas vezes, da *morte*, que é a regra nos casos sobreagudos, ou da *chronicidade*, que está longe de ser excepcional.

Pelo que respeita aos typos, observam-se casos de evolução *continua*, os mais numerosos, e de evolução *remittente*.

Quanto ao modo de inicio e terminação, a marcha póde ser *brusca* ou *lenta*, havendo casos em que é possivel distinguir um periodo prodromico e outros em que a doença se estabelece *d'emblée*.

Prognostico. — A confusão mental pertence indiscutivelmente ao grupo das psychopathias curaveis. Esta noção, porém, não basta a orientar-nos em face de um determinado caso; e as estatisticas de curabilidade, muito altas ou muito baixas, segundo os observadores, tambem não são de molde a esclarecer-nos em materia de prognostico. O que de um modo geral póde affirmar-se é que os casos de delirio agudo comportam um prognostico muito *grave*, porque a morte é a sua habitual terminação, os casos de estupidez um prognostico *reservado*, porque acabam não raro na chronicidade, e os de confusão asthenica e alluci-

natoria de média intensidade um prognostico *benigno*, porque uma cura perfeita é a sua terminação muito frequente. Todavia, a edade e o estado geral dos doentes entram por muito no calculo de previsão, sempre sujeito a erro. De resto, devemos evitar todo o optimismo, mesmo em face dos casos que tudo nos leva a suppôr benignos, não só porque a cura se faz muitas vezes com um certo abaixamento perduravel da memoria, mas porque não são excepcionaes, comquanto sejam raras, as recidivas.

Anatomia pathologica.— Confirmando a etiologia da confusão mental, as autopsias revelam em differentes visceras, como o coração, o figado, o baço, o utero, o intestino e os rins, as lesões proprias dos estados infecciosos e toxicos: tumefacções, degenerescencias gordurosa e outras. Nos centros nervosos encontram-se, por vezes, hyperemia, hemorrhagias punctiformes, edemas e, como lesões microscopicas, tumefacção, deformação e chromatolyse com deslocamento nuclear nas cellulas corticaes (Ballet, Camia, Agostini).

Natureza e Pathogenia.— Causas, symptomas, evolução e lesões — tudo se conspira para evidenciar que a confusão mental directamente se filia na acção physiopathologica das dyscrasias toxico-infecciosas sobre o cortex cerebral. Nada do que é psychologicamente essencial ás *endo* e *exo* intoxicações e ás infecções falta na confusão mental, cuja symptomatologia abrange tudo o que ha de constante e de commum no estado mental dos pellagrosos, dos alcoolicos, dos morphinistas, dos saturninos, dos autointoxicados, ou dos typhosos, dos uremicos, dos rheumatisantes, dos gottosos, dos traumatisados, de todos, emfim, que se alimentam de um sangue inquinado, quer pela presença de micro-organismos pathogénes e dos seus productos, (como é, certamente, o caso do delirio agudo) quer por toxinas secundarias, (como succede provavel-

mente nos casos que occorrem na convalescença das doenças infecciosas), quer por alterações chimicas analogas ás produzidas pela fadiga (como provavelmente succede nos delirios de colapso).

Diagnostico. — A confusão mental só recentemente adquiriu incontestaveis direitos de cidade na psychiatria. Nascida em França na primeira metade do seculo passado com os trabalhos de Georget, de Ferrus, de Etoc-Demasy, de Sauze, de Dagonet e sobretudo de Delasiauve, que d'ella deixou descripções magistraes, foi ahi tão completamente esquecida que não figura na maioria das classificações dos mais auctorisados psychiatras, na de Magnan, por exemplo. Para este immerecido e lamentavel esquecimento contribuiu principalmente Baillarger, que pretendeu fundir a estupidez com a melancolia estuporosa e que do delirio agudo fez uma simples variedade de mania. Repatriada, mercê dos esforços de Chaslin, a confusão mental é hoje estudada em França como figura nosologica de incontestavel autonomia; e póde dizer-se que do longo abandono a que foi votada no seu paiz natal a indemnisaram perfeitamente os cuidados de Séglas e sobretudo de Régis, o creador do *delirio onirico*. Da conjugação dos trabalhos francezes com os allemães e italianos resultou o universal reconhecimento d'esta entidade psychiatrica. Até que esse reconhecimento se désse, era pela melancolia e pela mania que os casos de confusão mental andavam erradamente distribuidos. E' pois, da melancolia e da mania que principalmente importa distinguil-a.

O diagnostico differencial entre a *estupidez* e a *melancolia attonita* é por vezes praticamente difficil, o que se prevê desde que dissemos que Baillarger confundiu as duas fórmas. Um syndroma commum, o estupor, domina uma e outra: no estupido, como no melancolico attonito, a mesma inercia, o mesmo alheiamento do mundo exterior dominam; um e outro parecem ter cortado todas as re-

lações com o meio ambiente, não recebendo d'elle impressões, nem sobre elle exercendo acção de qualquer ordem. E todavia o estupor do melancolico é profundamente diverso nas suas origens do que caracterisa o confusional.

No primeiro caso trata-se de uma inercia motora de caracter inhibitorio: o doente não recebe impressões, nem actua, porque o seu espirito está concentrado nas ideias dolorosas que lhe enchem o campo da consciencia; a sua immobilidade exterior coincide com um activo e penoso trabalho psychico e a sua inercia não é senão apparente. No segundo caso trata-se de uma inercia por exhaurimento toxico do cerebro: as funcções psychicas superiores estão suspensas, o doente não recebe impressões, porque ellas não chegam á consciencia, nem actua, porque não tem estimulos para o fazer; a sua inercia é real, ao mesmo tempo physica e psychica. A dôr moral, que é a base affectiva da melancolia, falta completamente na confusão, que do lado emotivo se caracterisa pela indifferença. A suspensão das funcções motoras, que no estupor melancolico resulta de uma inhibição de sentimento, é na amencia o effeito de um exhaurimento cerebral, de um verdadeiro anideïsmo. O melancolico é inerte, porque se concentra na vida subjectiva da emoção; o estupido é inerte, porque não tem vida subjectiva, intellectual ou de sentimento. A vontade do melancolico está impedida por um obstaculo, que é o excesso da sua dôr; a do estupido está paralysada por falta de estimulos. E de que assim é, temos a prova n'este facto: uma vez interrogado depois da cura, o melancolico explica a sua immobilidade pela dôr moral sentida e pela natureza penosa dos seus delirios, ao passo que, nas mesmas condições, o estupido nada sabe, nada refere, de nada se recorda.

Traduzindo exteriormente estas origens differentes do estupor, a face do melancolico exprime a concentração dolorosa do espirito, emquanto a do confuso é uma sorte de mascara immovel, attonita, impenetravel.

O diagnostico differencial entre a confusão asthenica em que a desorientação é pouco sensivel, e a melancolia simples de que adiante nos occuparemos, póde tambem ser praticamente difficil. N'um e n'outro caso ha cephaleia, preguiça de movimentos, retardo nas percepções; além d'isso, uma e outra podem reconhecer como causa uma fadiga cerebral, determinada quer por emoções depressivas, quer por uma doença infecciosa, como a grippe, por exemplo. A distincção tem de fazer-se sobre os resultados da analyse affectiva. Ao passo que no melancolico simples domina, como nota fundamental, um sentimento doloroso de impotencia physica e psychica, possivel ponto de partida de um delirio ulterior, na amencia asthenica o symptoma capital é um estado de obnubilação intellectual acompanhada de indifferença emotiva.

A differenciação entre a amencia allucinatoria e a mania aguda não é sempre facil: a loquacidade, a incoherencia, o delirio e a agitação motora observam-se n'um e n'outro caso, explicando o possivel e mesmo frequente equivoco entre as duas fórmas. No emtanto, uma observação demorada e minuciosa permitte fazer a distincção. Na mania as allucinações são muito raras, como opportunamente veremos, ao passo que na amencia delirante ellas constituem, como dissemos, um symptoma dominante. A incoherencia na confusão mental é, em regra, muito mais notavel que na mania e tem uma origem diversa: no primeiro caso é o effeito de irritações toxicas diffusas que provocam a apparição de allucinações, sobretudo visuaes, kaleidoscopicas e cinematographicas; no segundo é o resultado de uma ideação rapida e saltuaria, que se exprime por uma linguagem eliptica (Tanzi). A *agitação* do maniaco traduz um sentimento expansivo de *superioridade* pessoal, de *força* ou de *cólera*, sendo por isso *aggressiva*, emquanto que a do confuso traduz a acção de estimulos motores irritativos ou de allucinações, as mais das vezes aterrorisantes, tomando por isso uma

feição preponderantemente *defensiva* e *anciosa*. Emfim, emquanto o confuso se conserva, pelo seu estado de obnubilação, alheio ás impressões externas, que resvalam sobre elle sem o penetrarem, o maniaco é, na expressão tão justa com eloquente de Tanzi, um *sysmographo delicadissimo, registando um simples vôo de môsca;* de facto, emquanto o confuso delirante vive exclusivamente a vida subjectiva das suas allucinações, o maniaco está voltado sobre o mundo exterior, impregnando-se das mil impressões que d'elle lhe derivam. Emquanto o confuso agitado é *enigmatico* e *contradictorio*, o maniaco, para quem o observa de perto, é *logico* e *transparente* (Tanzi). Curado, o maniaco recorda-se dos menores incidentes do seu estado morbido, explicando os seus actos; o confuso conserva apenas, e nem sempre, algumas vagas lembranças de allucinações. O maniaco é *hypermnesico*, o confuso *amnesico*.

A insomnia, que é um symptoma constante e commum na melancolia, na mania e na confusão mental, tem todavia nas tres psychoses origens muito differentes. «Emquanto, diz Tanzi, o melancolico não dorme, porque soffre, e o maniaco não dorme, porque exulta, o confuso é presa de uma insomnia, umas vezes tempestuosa, outras vezes placida e sem emoções, que traduz o equilibrio instavel a que a doença reduziu todos os centros funccionaes do cortex». A insomnia confusional é o producto de irritações diffusas do cerebro, sem a equivalencia psychica e nomeadamente affectiva, que se observa na mania e na melancolia.

O diagnostico differencial entre a confusão asthenica, a *idiotia* e a *demencia* tem de fazer-se sobre os *anamnesticos* do doente, como se comprehenderá em face do estudo das duas ultimas fórmas.

O diagnostico differencial entre a confusão allucinatoria e a *demencia precoce* hebephrenica será feito quando tratarmos d'esta psychopathia constitucional. Por agora

limitar-nos-hemos a dizer que o elemento *desorientação*, dominante na amencia, está ausente ou é perfeitamente secundario na hebephrenia, e que o delirio dos confusos, dissociado, mas ingenuo e perfeitamente *sincero*, está longe da feição *ambigua* e *mystificadora* dos delirios da demencia precoce (Tanzi).

Tratamento. — A primeira das indicações a preencher é a de dar combate á intoxicação ou infecção em que a amencia se filia. D'aqui o uso dos *purgantes*, dos *medicamentos que activam as secreções e execreções* (diureticos, sudorificos, etc.), das *lavagens do estomago* e mesmo, em alguns casos, das *deplecções sanguineas*.

A segunda indicação é manter as forças do doente. D'aqui, o emprego de uma *alimentação substancial* e de facil digestão (leite, ovos, purées), dos *tonicos* (preparados de ferro, de quina, phosphatos calcareos, etc.) e, nos casos de profunda asthenia, dos *excitantes nervinos* (kola, coca, caffeïna) e de certos *agentes physicos* (faradisações, duchas, enfaixamento, etc.). Nos casos de sitophobia, deve recorrer-se sem demora á *sonda esophagica*.

Nos casos de agitação motora empregar-se-hão com vantagem os *banhos tepidos* prolongados e o *alectuamento*. Estes dois meios conseguem moderar a excitação do confuso, sem o prejuizo de forças a que conduziria o emprego de brometos, que considero contraindicados.

O *isolamento* é, na grande maioria dos casos, *dispensavel*. Em regra, tirar o doente do seu meio habitual, é augmentar-lhe a confusão pela ausencia de pontos de reparo e de orientação. Todavia, se é difficil ou impossivel obter enfermagem, assistencia medica e regime dietetico convenientes, é preciso internar os confusos precocemente. Quanto ás sahidas, importa que ellas se não façam precipitadamente; o confuso não deve ser licenciado senão depois de uma prolongada convalescença e quando o seu estado geral seja satisfatorio. A reconquista do peso inicial

e a completa desapparição da cephaleia são os criterios que devem guiar-nos na hypothese.

Os *hypnoticos*, tão geralmente empregados, devem ser proscriptos; em regra, não conseguem combater a insomnia e quasi todos têm graves inconvenientes (depressão cardiaca, acção sobre os rins, congestão dos centros nervosos).

Na convalescença, a *psychotherapia*, que Sauze preconisou e que os modernos alienistas aconselham, dá resultados excellentes.

E' preciso que, revestido de muita paciencia, o medico *reeduque* o seu doente, estimulando-lhe a memoria, enchendo as lacunas deixadas no seu espirito pela amnesia, prendendo-lhe e dirigindo-lhe a attenção, incutindo-lhe coragem, convencendo-o, emfim, de que atravessou uma *doença accidental*, sem recidivas provaveis, dada uma boa hygiene, e sem consequencias sobre a procreação.

CAPITULO II

PSYCHOSES TOXICAS

Entram neste grupo as doenças mentaes determinadas por agentes toxico-infecciosos, quer elles provenham de fóra *(psychoses exotoxicas* ou *envenenamentos)*, quer do proprio individuo *(psychoses endotoxicas* ou *auto-intoxicações)*.

PELLAGRA

Maïsmo (Lombroso); intoxicação maïdica; zeïsmo (Roussel)

Definição. — E' uma doença toxica, de ordinario endemica e apyretica, devida á ingestão de milho avariado, apresentando symptomas gastro-intestinaes, cutaneos e nervosos, tendo uma evolução ao principio intermittente anormal, depois continua-remittente com exacerbações primaveris ou outonaes (Pieraccini).

Etiologia. — A causa essencial d'esta intoxicação, que se observa de preferencia nas classes pobres e nomeadamente na agricola, revestindo um caracter endemico, reside no *uso do pão feito com milho humido ou incompletamente amadurecido*. Numerosos trabalhos experimentaes, em que occupam um logar primacial os de C. Lombroso, estabeleceram definitivamente este dado etiologico, de resto confirmado pelo successivo decrescimento da pellagra nos paizes em que vêm sendo observadas com

rigor crescente leis sanitarias tendentes a impedir o consumo de milho avariado.

E' na Italia, na Hespanha, no sul da França e em Portugal que a doença se observa, tendo chegado a tomar no primeiro d'estes paizes assustadoras proporções, que ao ministro Baccelli inspiraram em 1904 uma rigorosa legislação cujos effeitos de prophylaxia se estão sentindo.

O uso quasi exclusivo da *polenta*, nas classes agricolas do meio-dia da Italia explica, dada a má qualidade do grão empregado, a extensão da pellagra n'este paiz.

Entre nós, a doença, que parece confinar-se em certas regiões do Minho, onde o pão amarello constitue o alimento principal dos pobres, está muito longe de ter a importancia que d'ella faz um flagello na Italia e no sul da Hespanha, como o prova a escassez dos casos de psychose pellagrosa no manicomio que dirijo e que serve principalmente as regiões do paiz em que se faz um consumo habitual e preponderante do milho, quer em pão (borôa, equivalente da polenta), quer em *papas*. A razão do facto está em que o grão principalmente empregado (milho da terra) é de ordinario colhido em boas condições de maturação, bem arejado depois nas eiras e espigueiros, e conservado sêcco nos celleiros dos vendedores.

Os trabalhos, de iniciativa particular, entre nós feitos sobre o assumpto (Magalhães, Meira, Bombarda), não nos permittem apresentar precisos dados demographicos, nem reconhecer o especial condicionalismo das regiões em que a pellagra se observa. E, no emtanto, precisamente porque o mal é muito limitado, conviria fazer sobre elle um rigoroso inquerito official para o extirpar ou reduzir. Será a pellagra, onde entre nós existe, devida ao uso do milho incompletamente amadurecido por falta de sufficiente insolação? Será devida antes a más condições de arejamento do grão? Ou deverá attribuir-se ao consumo crescente do milho americano, transportado em más condições hygrometricas e de arejamento? Só uma exacta delimitação das áreas

pellagrosas e um particular estudo das suas condições geographicas e dos seus usos em relação á colheita, á arrecadação e á compra do milho, permittiriam responder a estas interrogações.

O que está definitivamente conquistado para a sciencia é que, ao contrario das affirmações dos *zeïstas*, o milho são é incapaz de originar a pellagra. O Mexico e a Irlanda, em que se faz um largo consumo do milho e em que a pellagra é desconhecida, demonstram isto irrecusavelmente.

A *hereditariedade directa e similar* foi notada por Agostini em 44,12 °/₀ dos casos que observou; e, comquanto dispensavel na constituição da doença, tributaria de uma averiguada causa exogéne, ella imprime aos pellagrosos sobre quem se exerce, particulares caracteres degenerativos, ausentes nos não-hereditarios (Agostini, Lombroso). Esses caracteres são: a plagiocephalia frontal, a hydrocephalia, a saliencia das bossas frontaes, a asymetria facial, as deformações do rachys, do thorax, dos membros e muitas vezes a hypertrophia e a hypoplasia da glandula thyroideia. Assim, os heredo-pellagrosos offereceriam a feição do infantilismo simples, dystrophico e pseudo-mixedematoso.

Symptomatologia — Descreveremos successivamente os phenomenos *constantes* ou, pelo menos, habituaes e os *episodicos* ou accidentaes.

SYMPTOMAS CONSTANTES. — São de tres ordens: gastro-intestinaes, cutaneos e nervosos.

Do lado do APPARELHO DIGESTIVO um dos primeiros symptomas accusados pelos doentes consiste n'uma penosissima *sensação de ardor no estomago, no esophago e na bocca;* d'aqui, uma *sêde inextinguivel*. Esta sensação de ardor, comparavel á da queimadura, póde tornar-se insupportavel, levando frequentemente os pellagrosos a

deitarem-se aos cursos d'agua, em que não raro encontram a morte. Estes accidentes eram outr'ora levados á conta de suicidios e explicados por um estado melancolico; a morte voluntaria por afogamento foi, com effeito, considerada tão propria da pellagra, que a esta se deu mesmo o nome de *hydromania* (Strambio). Sabe-se hoje que esses pretendidos suicidios não passam de accidentes determinados pela intoleravel sensação de ardor, que muitas vezes se estende ás extremidades e que os doentes exprimem, dizendo-se queimados. São constantes ainda as *sensações de peso e de embaraço no estomago*. A *pyrose* não falta nunca (Lombroso). Quer por hypochlorydria, quer por atonia da tunica muscular do estomago, as *digestões* tornam-se excessivamente *difficeis*.

Fig. 13 — Erythema pellagroso

Ao mesmo tempo observa-se *estomatite*. As gengivas dilatam-se, incham, a lingua torna-se excessivamente vermelha e fendida e os doentes experimentam uma *sensação de salgado*, tanto em jejum como depois das refeições (mal salso, dos italianos). Com estes symptomas coincide umas vezes a *anorexia*, outras vezes, pelo contrario, uma verdadeira *bulimia*, de sorte que os doentes tanto podem ser sitophobos como vorazes. As *eructações*, a *gastralgia*, a *nausea* e o *vomito*, se não são constantes, observam-se com frequencia.

A *constipação* com *enteralgia* e *meteorismo* é ao

principio um symptoma que não falta; no decurso da intoxicação, porém, ella alterna com *dyarrheia* abundante, serosa, sem dôres e muitas vezes sanguinolenta.

Com estes symptomas coincide a *vertigem*, que é constante na pellagra e que uns fazem derivar da dyspepsia (Agostini), outros da inanição e alguns de uma directa influencia do systema nervoso intoxicado (Strambio). Esta vertigem, que se acompanha de *zumbidos auriculares*, de *fraqueza da vista*, de *sensação de deslocamento* dos objectos e de *cephaleia* ou peso de cabeça, dá frequentemente logar a *quedas para diante*.

Do lado da PELLE observa-se um *erythema*, localisado de preferencia nas regiões expostas ao ar e á luz: a face, o pescoço, as mãos e, nos individuos que se não calçam, os pés. Este erythema, muitas vezes *symetrico*, é *primaveril* nas primeiras phases da doença e annuncia-se por côr vermelha e fendas da pelle, mais ou menos compacta, por *sensação de ardencia* e por um intenso *prurido*. Nas phases avançadas da intoxicação a pelle torna-se *dura*, apresenta-se *sem elasticidade* e offerece um *aspecto rugoso* com *zonas de descamação* e *manchas pigmentares* vermelho-escuro ou côr de caffé. Concomitantemente as *unhas* apresentam com frequencia symptomas dystrophicos, tornando-se *sulcadas* e *frageis*.

Do lado do SYSTEMA NERVOSO observam-se symptomas geraes, sensitivo-motores e psychicos.

Entre os primeiros collocaremos a *insomnia*, a *sensação de exhaurimento* e as *perturbações de humor*, que são constantes e precoces. O somno é escasso, leve e povoado de sonhos maus; o cançaço vae até á incapacidade de todo o trabalho; e o humor, em contraste com o tom habitual, deprime-se ou exalta-se. As alterações da sensibilidade são numerosas. A hypoesthesia tactil, thermica e dolorifica, sobretudo nos membros, é de regra; entretanto, podem observar-se tambem *hyperalgesia* e *hyperesthesia tactil*. As *paresthesias*, ligadas ou não a anesthesias e hyperes-

thesias, observam-se habitualmente (Agostini, Belmondo). Do lado da visão observam-se com frequencia a *ambliopia* e a *diplopia;* alterações da retina foram observadas por Lombroso em 80 % dos casos. As *allucinações elementares* da vista e do ouvido são habituaes.

As perturbações motoras não faltam nos periodos avançados da intoxicação. Taes são: a *hypertonia geral*, a *marcha incerta* e o *exagero dos reflexos tendinos*. A *paresia espastica* (Belmondo), o *tremulo intencional* dos membros superiores (Agostini) e a *ataxia* de certos movimentos, com os olhos fechados (Tanzi), observam-se algumas vezes. E' do hypertono de origem medullar que procede o facto caracteristico de serem os doentes forçados a andar violentamente para diante, não podendo evitar os obstaculos, batendo de encontro aos objectos e cahindo sobre a face (*tetano pellagroso*, de Strambio).

Symptomas de *polyneurite* apparecem por vezes nas phases muito adiantadas da doença (Agostini, Tanzi).

Do lado mental foram descriptas pelos auctores classicos duas ordens de psychoses: a melancolia e a mania. Estudos modernos vieram, porém, demonstrar que a psychose dos pellagrosos, como a de todos os intoxicados, é a *confusão mental*, cujas variedades asthenica e agitada eram erradamente tomados por estados melancolicos e maniacos.

O que foi dito sobre o diagnostico differencial entre a amencia e as psychoses affectivas (Vid. pag. 223) permittirá evitar ao leitor o erro dos antigos. De resto, a proposito da mania e da melancolia insistiremos ainda sobre este ponto fundamental.

A amencia não irrompe de ordinario no começo da pellagra, mas quando esta intoxicação é antiga, tendo offerecido uma caracteristica marcha continua-remittente. «O pellagroso louco é as mais das vezes um pellagroso chronico» (Tanzi).

A' medida que a intoxicação maïdica progride e se

aggrava, a confusão mental tende para a *demencia*, que é a terminação consuetudinaria das psychoses que não curam. Assim, na phase cachetica da pellagra é a demencia que se observa.

A analyse da urina dos pellagrosos demonstra abaixamento de peso especifico, reacção levemente acida ou neutra, diminuição de ureia e de phosphatos e augmento dos chloretos (Agostini).

A analyse do sangue revela consideravel hypoglobia, escassez de materia corante (Seppilli), baixo peso especifico e diminuição maxima do poder isotonico (Agostini).

Symptomas episodicos. — Comquanto habitualmente apyretica, a intoxicação maïdica póde offerecer em phases sobreagudas uma *febre* continua, de fórma irregular, attingindo 40° e 42°.

O *syndroma paralytico*, resultante da conjuncção de phenomenos demenciaes e motores, observa-se tambem em alguns casos de pellagra.

A presença d'estes symptomas episodicos e mesmo relativamente raros determina duas variedades da pellagra, que a seguir estudamos.

Typho pellagroso. — E' o *delirio agudo* dos maïdicos. Ao contrario do que faz suppôr o nome de *typho*, não ha aqui hypertrophia do baço, nem engrossamento das placas de Peyer, mas um exagero consideravel de toda a symptomatologia descripta, nomeadamente da enterica e mental, com presença de uma *febre*, que excede 39° e póde attingir 42°.

Mais do que uma verdadeira fórma ou variedade de intoxicação maïdica, o typho pellagroso deve considerar-se um *accidente sobreagudo* da pellagra em phase avançada da chronicidade; elle está para o maïsmo como o delirium tremens para o alcoolismo.

O doente, em estado chronico e tendo já soffrido multi-

plos ataques primaveris ou outomnaes de erythema, de dyspepsia e de confusão mental, sente aggravarem-se-lhe n'um momento dado os symptomas gastro-intestinaes e psychicos, experimentando ao mesmo tempo uma elevada febre. A lingua, vermelha e fendida, torna-se secca, fuliginosa, o halito fetido, o vomito frequente, a sitophobia completa por emergencia de espasmo esophagico e a dyarrheia serosa e incoercivel (Agostini). Ao mesmo tempo a febre apparece, contínua e irregular no seu curso, attingindo extremas elevações.

Do lado motor sobrevêm tremulos e ataxia dos movimentos com hypertono muscular doloroso, exagero dos reflexos tendinosos e convulsões. Emfim, do lado psychico a confusão mental preexistente aggrava-se, tornando-se profunda a obnubilação da consciencia, multiplas e aterradoras as allucinações, completa e absoluta a incoherencia, tremula, interrompida e nasalada a palavra. A urina torna-se albuminosa.

Esta situação, que não se prolonga nunca além de algumas semanas, acaba pela *morte*.

E', como se vê, o quadro clinico do *delirio agudo*.

Procurando explicar a génese do typho pellagroso, Agostini escreve: «Trata-se provavelmente de um phenomeno complexo de polyintoxicação, favorecido quer por um impedimento á eliminação ou á neutralisação de toxinas especificas, quer pela subita entrada na circulação de venenos pellagrogénes até então accumulados nos defensivos apparelhos glandulares».

PSEUDO-PARALYSIA PELLAGROSA. — Dá-se este nome á variedade maïdica em que se observa o *syndroma* proprio *da paralysia geral:* demencia com dysarthria, phenomen s pupillares, paresias, tremulos vermiculares da lingua e dos dedos, e ataxia dos movimentos voluntarios e delicados. Algumas vezes observam-se *euphoria* e *ideias* pueris de grandeza.

E' só nos casos chronicos de pellagra, como se deprehende da presença de um estado demencial, que a pseudo-paralysia se observa.

A duração da pseudo-paralysia pellagrosa é variavel dentro de apertados limites.

A sua habitual terminação é a *morte*, precedida de graves symptomas dystrophicos, analogos aos da demencia paralytica.

Evolução. — A pellagra annuncia-se sem prodromos. O doente, que durante o inverno se alimentou de milho avariado, sente ao chegar da primavera um cançaço, cuja origem desconhece, mas que vae até á incapacidade para o trabalho e que se conjuga com os symptomas gastro-entericos e cutaneos descriptos. Do lado mental não sente ainda senão um ligeiro torpor, um abatimento que faz *pendant* á fadiga muscular.

Todos estes symptomas podem desapparecer no fim da estação para voltarem no outomno ou na primavera seguintes.

Assim a doença tem ao principio uma evolução intermittente. Ao fim, porém, de um certo numero de annos, que varía segundo o doente se trata ou se abandona, esta marcha torna-se contínua com exacerbações primaveris ou outomnaes. A dyspepsia, o erythema e o torpor cerebral que não desapparecem completamente, mas apenas remittem durante o inverno e o estio, exacerbam-se no começo de cada primavera ou de cada outomno; e pouco a pouco o doente marcha para um estado de *cachexia*, que é o termo da intoxicação, se antes não sobrevem algum episodio agudo ou alguma intercorrencia que determinem a *morte*.

A *duração* da doença é extremamente variavel segundo as condições organicas e de alimentação do pellagroso. Se elle é forte ou procura combater a dyspepsia, entrando temporariamente n'um regimen nutritivo de que o pão de

milho naturalmente se exclue, a doença póde durar longos annos; ao contrario, se elle é fraco, sobretudo se é um heredo-pellagroso, ou se continua a alimentar-se com milho avariado, a doença terá uma curta duração, quer porque sobrevenha um accidente agudo, quer porque a cachexia se estabeleça depressa.

Prognostico. — Do que acabamos de dizer sobre a marcha, naturalmente se conclue que o prognostico da pellagra varía segundo as condições do doente e do seu tratamento. Assim, o prognostico é *favoravel*, se á primeira investida da intoxicação o doente consegue eliminar a causa pellagrogéne, que reside no uso do milho avariado. E' *grave*, pelo contrario, se essa causa subsiste; e a gravidade augmenta na medida dos ataques. Se o doente é fraco e se não trata, o prognostico é *gravissimo*. Emfim, nos hereditarios e nas fórmas typhica e pseudo-paralytica, é *desesperado*.

Anatomia pathologica. — As LESÕES VISCERAES mais importantes são, do lado dos *intestinos: hyperemia*, adelgaçamento da muscosa, *degeneração amyloide das tunicas musculares* e alterações do intestino grosso; do lado dos *rins:* nos casos agudos, *degeneração parenchymatosa* e, nos casos chronicos, *esclerose;* do lado do *figado:* umas vezes *augmento de volume*, outras vezes *diminuição* com *cyrrhose;* do lado do *baço:* sensivel *diminuição de volume*, mesmo nos casos de typho pellagroso.

As LESÕES DO SYSTEMA NERVOSO são as que principalmente nos interessam.

Do lado do CEREBRO observam-se macroscopicamente: *meningite* mais ou menos diffusa, *edema* e *hydropisia ventricular*. Exceptuando os casos de demencia, em que a *atrophia cortical* é evidente, são estas as lesões que podem constatar-se á vista desarmada. Ao microscopio, porém,

póde observar-se, empregando o methodo de Nissl, uma *coloração vermelho-acajou das cellulas gigantes* com *ausencia de neurofibrillas*.

Do lado da MEDULLA observa-se macroscopicamente *hemorrhagia subarachnoideia*, zonas de *pigmentação* e *espessamento das meningeas*. Microscopicamente constatam-se: *esclerose dessiminada* com *degenerescencias pigmentares e granulosas* das cellulas cinzentas; *pigmentação* abundante das cellulas da camada cinzenta com alteração ou desapparecimento dos nucleos; *proliferação endothelial* e alongamento dos espaços perivasculares e pericellulares; *degenerescencia dos cordões posteriores*, predominando nas regiões cervical e dorsal superior.

Do lado do SYMPATHICO notam-se *accumulações de pigmento* nos ganglios.

Do lado dos NERVOS PERIPHERICOS observa-se frequentemente a *nevrite parenchymatosa*, por vezes muito accentuada.

Natureza e pathogenia. — Ninguem hoje contesta a natureza toxica da pellagra, embora se não conheça precisamente a origem especifica da substancia que determina esta doença e se não saiba a qual dos parasitas do milho avariado ella deve ser imputada. Mas sabe-se, e isso nos basta, que não ha pellagra onde o milho não entra na alimentação e onde só é empregado, como no Mexico, na Dalmacia e na Irlanda, milho são. Assim, é do grão estragado que a doença deriva, o que, de resto, confirmam as experiencias de Lombroso e outros pellagrogistas sobre os animaes.

Diagnostico. — Baseia-se sobre a presença dos symptomas gastroentericos, cutaneos e nervosos que estudámos e que são, pelo seu conjuncto, absolutamente caracteristicos. Assim, na phase chronica da intoxicação nenhum erro de diagnostico é possivel. Mas ao principio, quando

a doença procede por accessos annuaes, concebe-se que em face de um pellagroso em que tenha desapparecido o erythema, o clinico hesite no diagnostico, pensando n'uma simples *dyspepsia* ou n'uma *neurasthenia* com predominio de symptomas gastroentericos. Os anamnesticos e, sobretudo, o conhecimento medico da região, por isso que a pellagra é endemica, bastarão para o orientar.

O diagnostico differencial entre a pseudo-paralysia pellagrosa e a *demencia paralytica*, baseia-se sobre a presença ou ausencia dos phenomenos cutaneos, que nunca faltam na phase chronica da intoxicação maïdica. De resto, a despeito da similhança de symptomatologia neuropsychica, as duas doenças têm uma evolução profundamente diversa, que os anamnesticos denunciam.

Tratamento. — Eliminar o milho suspeito da alimentação do doente, dar-lhe uma dieta generosa, desinfectar-lhe o tubo digestivo e ministrar-lhe tonicos, taes são as principaes indicações do tratamento curativo.

O *isolamento* só deve prescrever-se nas fórmas agitadas de confusão mental.

Mas o decisivo combate da *pellagra* tem de fazer-se pela *prophylaxia*.

Como justamente nota Agostini, a persistencia de uma endemia, cuja causa está determinada com o maximo rigor, constitue uma vergonha onde quer que se dê.

ALCOOLISMO

Ethylismo; Intoxicação ethylica

Definição e variedades. — Por este termo, creação de Magnus Huss, se designa desde 1849 a intoxicação pelo alcool.

O alcoolismo é *agudo* ou *chronico*, segundo os accidentes morbidos, physicos e psychicos, determinados pela

ingestão do toxico, offerecem uma evolução rapida ou lenta.

O alcoolismo agudo póde ser o resultado de uma exagerada libação por parte de um individuo normal *(embriaguez physiologica)* ou o effeito de uma ingestão d'alcool, mesmo em dose minima, por parte de um nevropatha *(embriaguez pathologica)*.

O alcoolismo chronico é o resultado de reiteradas libações, copiosas ou discretas; para que elle se estabeleça é necessario e sufficiente que cada dose de alcool, grande ou pequena, seja ingerida antes de esgotados os effeitos da precedente (Kraepelin).

A intoxicação chronica offerece na sua marcha episodios agudos e reveste aspectos psychiatricos diversos: a *degenerescencia*, os *delirios systematisados ou paranoides*, o *delirio allucinatorio*, a *pseudo-paralysia geral* e o *delirium tremens*.

Etiologia. — O alcoolismo é o producto de dois factores: um exogéne, o *toxico*, outro endogéne, a *disposição individual*.

Pelo que respeita ao factor exogéne póde affirmar-se de um modo geral que a sua toxidade augmenta com o pezo molecular; assim, a do alcool ethylico do vinho é muito menor que a do amylico dos licores e aguas ardentes do commercio. Além d'isto, a toxicidade das bebidas alcoolicas depende dos etheres e das essencias que ellas podem conter. Sob o ponto de vista da sua acção deleteria, uma enorme distancia separa, pois, do vinho a maioria das bebidas espirituosas, tomadas sob a etiqueta de licores e de aperitivos. O absyntho parece ser supremamente nocivo (Magnan).

A disposição individual, factor endogéne, apresenta-se sob um duplo aspecto: a *tendencia a beber* e o *grau de tolerancia para o alcool*.

A tendencia á ingestão de bebidas espirituosas reco-

nhece causas muito diversas. Umas vezes ella é *hereditaria* e toma a feição obsessiva de um impulso cego, periodico e irresistivel para o alcool *(dipsomania)*. Outras vezes é um symptoma de psychopathias, taes como a paralysia geral, a excitação maniaca e a demencia senil em periodo prodromico. O sentimento de *euphoria* que succede á ingestão de pequenas doses d'alcool prescripto pelos medicos a titulo de tonico ou figurando na composição de grande numero de preparados pharmaceuticos, é tambem frequentemente a causa d'esta tendencia morbida; os vinhos medicinaes são, n'este sentido, uma verdadeira calamidade.

A tendencia ao uso e abuso dos espirituosos é ainda n'um grande numero de casos o resultado de *preconceitos*, taes como os que ao alcool attribuem propriedades alimentares, digestivas, calorificas e dynamogénes. E' vulgar dizer-se que o alcool alimenta, activa as digestões, augmenta o calôr e dá forças; d'aqui o Porto ou Madeira á sobremeza, o cognac, o wisky, a canna ao caffé, o decilitro da agua-ardente nas madrugadas e noites de inverno, além do vinho de pasto ás refeições. N'esta ordem de ideias, na Hollanda ministra-se cerveja ás creanças de collo; e entre nós, no Alemtejo, segundo o testemunho do Dr. Piçarra, já aos recemnascidos se fornece vinho *para os fortificar*. As propriedades alimentares do alcool não passam de uma chimera; o seu poder digestivo não é senão uma phantasia de bebedos; o seu poder thermogenico é uma illusão, porque, se augmenta á peripheria do corpo, o calôr diminue no centro; emfim, as suas propriedades dynamogénes foram desmentidas pela experiencia. Comparando o trabalho typographico fornecido em dias successivos e n'um determinado tempo por um certo numero de operarios tendo ou não, *ceteris paribus*, ingerido alcool, constatou-se que a producção dos dias de abstinencia era sempre superior, não só em quantidade, mas em qualidade, á dos dias de ração alcoolica. Em Paris considera-se averiguado que a composição typographica das segundas-

16

feiras é menor que a dos outros dias e cheia de gralhas. Sabe-se tambem que os corredores e bicycletistas abandonaram o uso do alcool, reconhecendo que elle os prejudicava nos seus exercicios. A despeito d'estas observações, os preconceitos dominam ainda, apoiados na activa propaganda, interessada e anti-scientifica, de viticultores e negociantes de sangue de Christo, que as Ligas contra o alcoolismo alarmam e sobresaltam.

A todas estas causas importa juntar as de ordem propriamente social. O alcool é um pretexto para a aggremiação dos homens nas horas de ociosidade: sob a fórma de mau vinho e de pessima agua-ardente, elle reune os operarios na taberna, como sob o aspecto de Champagne, de cognac ou de absyntho aggremia as classes ricas nos clubs e caffés. Por outro lado, é preciso ter em conta o poder de *imitação* em certos meios. Na Allemanha, os estudantes bebem cerveja por uma sorte de *entrainement* imitativo; por egual motivo, a embriaguez é frequente em muitos centros artisticos e litterarios de todos os paizes.

O grau de tolerancia para o alcool é eminentemente variavel de individuo para individuo e depende de causas ainda hoje mal conhecidas. Emquanto uns podem beber, sem attingir a embriaguez, grandes doses d'alcool, outros deliram sob a acção de minimas quantidades. Tudo quanto a este proposito se sabe, é que os nevropathas pertencem a esta ultima cathegoria; é tradiccional, por exemplo, a *intolerancia* dos epilepticos.

Certas *profissões* (distilladores, provadores, taberneiros) dispõem particularmente ao alcoolismo.

O *sexo* masculino fornece um numero incomparavelmente maior de victimas que o feminino.

A *edade* em que a intoxicação mais frequentemente se observa, é a da maturidade; razões de ordem social impedem geralmente os abusos ethylicos na infancia e na juventude; por outro lado, os alcoolicos raramente chegam á velhice, porque é grande a sua mortalidade.

Entretanto, é preciso não esquecer que a doença fere todas as edades; ha mesmo um *alcoolismo fetal* e *dos recem-nascidos*, determinado pela intoxicação das mães e das amas.

Symptomatologia. — Estudal-a-hemos no seu duplo aspecto, *somatico* e *psychico*, a proposito de cada variedade.

I. — ALCOOLISMO AGUDO

Comprehende, como foi dito, duas modalidades: a *embriaguez physiologica* e a *pathologica*. Estas designações não são das mais felizes; conserval-as-hemos, todavia, porque o uso as consagrou e porque sabemos que os termos *physiologico* e *pathologico*, em concordancia apparente com o nome de *embriaguez*, se referem, na realidade, ao embriagado.

EMBRIAGUEZ PHYSIOLOGICA. — Não é egual em todos os individuos o quadro d'esta modalidade aguda, cuja marcha se inicía por uma ligeira excitação psychomotora para terminar, nos casos mais intensos, por um estado de paralysia e de coma.

O que essencialmente caracterisa o periodo inicial da embriaguez physiologica é a facilidade com que a acção segue o pensamento. O ebrio é então abundante de gestos, de movimentos, de expressões physionomicas e de palavras; toda a motilidade se encontra n'elle excitada. Ao contrario, os processos psychicos mais elevados soffrem já n'este periodo um começo de paralysia (Tanzi): a attenção voluntaria é difficil, o curso das ideias affrouxado, e o poder inhibitorio, que caracterisa a vontade, consideravelmente diminuido. Assim, a inconfidencia *(in vino veritas)*, a perda do sentimento das conveniencias, o impudor, a audacia, e a insistencia n'um restricto numero

de ideias imprimem um cunho inconfundivel ao periodo inicial da embriaguez. A euphoria que o acompanha, tem por base um elevado sentimento de poder e de força, no que differe, como adiante veremos, da embriaguez morphinica, inteiramente fundada na consciencia de uma facilitada associação de ideias.

N'um segundo periodo da embriaguez physiologica, o affrouxamento dos processos psychicos augmenta, e os movimentos, elles mesmos, soffrem um começo de paralysação. E' n'este periodo que o ebrio se torna o sêr monotono e importuno que todos conhecemos, repetindo com insupportavel insistencia as mesmas ideias, reeditando as mesmas phrases, reincidindo nas mesmas inconveniencias, inaccessivel á persuação e incapaz de comprehender o pessimo effeito da sua conducta. E' tambem n'esta phase que a palavra se embaraça, que os gestos perdem toda a harmonia e que a marcha se torna ataxica e vacillante. Do lado do sentimento, não são menos apreciaveis as perturbações. A euphoria do primeiro periodo póde subsistir, guardando o ebrio uma emparvecida expressão hilar e grotesca; é frequente, porém, que emoções penosas assaltem o doente e que a euphoria seja substituida por plangencias e sentimentalidades inopportunas. A simples revivescencia casual de um facto doloroso, embora muito remoto, basta para lançar o ebrio n'uma consternação sem limites.

Nos casos de grande intensidade, uma terceira phase se observa, caracterisada por anarthria, por impossibilidade absoluta de manter a posição vertical e por um somno comatoso de que o ebrio sáe ao fim de muitas horas com cephaleia, nauseas, inappetencia, sêde intensa e fraqueza dos membros inferiores.

N'um mesmo individuo a dose de alcool ingerido e a qualidade d'elle modificam os pormenores clinicos do quadro que acabamos de expôr eschematicamente.

O terceiro periodo, que não é constante, suppõe uma

libação excessivamente copiosa ou libações muito repetidas dentro de pouco tempo.

EMBRIAGUEZ PATHOLOGICA. — E' a que se dá nos nevro e psychopathas, nomeadamente nos *epilepticos*, nos *hystericos*, nos *imbecis* e nos *traumatisados cerebraes*.

A embriaguez pathologica manifesta-se quer por *ataques convulsivos*, quer por symptomas de ordem mental que inteiramente se confundem com os *equivalentes da epilepsia:* impulsos violentos (homicidas, suicidas, incendiarios), accessos de furor e estados estuporosos e crepusculares seguidos de amnesia. As crises somaticas e psychicas da embriaguez pathologica são a repetição estereotypada umas das outras.

Menos vezes, a embriaguez pathologica manifesta-se por symptomas de *apoplexia*, terminando bruscamente pela morte.

A questão de saber se existe uma epilepsia alcoolica tende ultimamente a resolver-se pela negativa. Nada há que distinga dos ataques e dos equivalentes psychicos da epilepsia idiopathica as convulsões e os symptomas mentaes da embriaguez pathologica; por outro lado, a estereotypia dos accessos n'um e n'outro caso é um motivo sério de identificação. Assim os observadores contemporaneos tendem a eliminar da classificação nosologica a figura *epilepsia alcoolica*, admittindo que o alcool não faz senão despertar ou pôr em relêvo uma epilepsia latente (Wartmann, Wildermuth).

A opinião de que as convulsões constituem um syndroma privativo do absynthismo e são devidas, não ao alcool, mas á essencia do absyntho, parece não ser exacta no sentido absoluto que lhe deu Magnan em seguida a experiencias sobre o poder convulsivante d'aquella essencia. Com effeito, embora as convulsões se observem de preferencia no absynthismo, parece averiguado que ellas se realisam por vezes em individuos que só bebem vinho e

têm sido notadas em regiões em que o absyntho é desconhecido (Tanzi). A formula de Magnan «point d'attaques, pas d'absinthe» sería, pois, excessiva.

II.—ALCOOLISMO CHRONICO

Duas ordens de symptomas, *somaticos e psychicos*, denunciam o alcoolismo chronico. Começarémos por mencionar os somaticos, porque são elles os primeiros na ordem chronologica de apparição; os psychicos marcam de ordinario um estadio muito avançado da intoxicação.

Dos symptomas physicos são geralmente conhecidos os visceraes: do lado do estomago, a *dilatação*, nos bebedores de vinho e de cerveja, e a *gastrite*, denunciada por inappetencia, nauseas, vertigens e vomitos matutinos; do lado do figado, a *cyrrhose atrophica;* do lado dos rins, as *nephrites* parenchymatosas e intersticiaes; do lado do coração, a *hypertrophia* e a *degeneração gordurosa;* emfim, do lado do cerebro, a *arteriosclerose*, que não raro é diffusa ou generalisada e se observa em todos os orgãos esplanchicos.

Os symptomas *nervosos*, muito importantes, são de ordem *central* e *peripherica*, uns e outros *sensitivos* e *motores*.

Entre os symptomas sensitivos de ordem peripherica estão as *perturbações da sensibilidade cutanea*, observaveis nos territorios dos nervos affectados. Umas vezes trata-se de uma diminuição de sensibilidade tactil, podendo ir até á *anesthesia* e acompanhar-se de *thermo-analgesia*. Outras vezes observa-se, pelo contrario, *hyperesthesia;* então, todos os contactos se tornam dolorosos. As sensações subjectivas de *formigueiro*, de *picadas* e *dôres lancinantes* são frequentes. Todos estes symptomas são tributarios de nevrites.

Do lado da sensibilidade especial apparecem frequentemente perturbações visuaes, auditivas e gustativas.

A *diminuição da acuidade visual*, a *dyschromatopsia* e a *achromatopsia* são vulgares.

As allucinações elementares de *sibillos*, de *quedas d'agua*, de *sons de campainha* e outras, são communs.

A *anestesia gustativa*, as *perversões de paladar* e as falsas sensações, observam-se frequentemente.

Entre os symptomas motores de origem peripherica ou dependentes de nevrites, figuram as *paresias*, sobretudo dos membros inferiores e nomeadamente dos extensores do pé. A força muscular diminue, e podem dar-se *atrophias* circumscriptas.

Como symptoma motor da maior importancia encontra-se o *tremulo*, notavel sobretudo na lingua e nos dedos. Este tremulo, de rapidas e pequenas oscillações, manifesta-se de um modo evidente na escripta.

As *caimbras* e os *tics* são frequentes.

Como symptomas motores de origem central, devemos mencionar as *convulsões*, que nada distingue das epilepticas, e as *paralysias vaso-motoras*. D'este ultimo symptoma procede a côr caracteristica da face dos alcoolicos chronicos *(facies potatorum)*.

Os symptomas psychicos são proteiformes, de começo insidioso e de marcha ordinariamente lenta.

A deficiencia de inhibição, que já na embriaguez physiologia se faz sentir, é um dos mais precoces symptomas psychicos do alcoolismo chronico. A vontade é a primeira funcção mental lesada; e d'ahi procede a emergencia de baixas inclinações, a que o doente se abandona, degradando-se progressivamente. Ao principio, porque as funcções intellectuaes persistem intactas, o alcoolico tem a consciencia dolorosa d'esta degradação, que não póde vencer; mas, pouco a pouco, essa mesma consciencia se embota, e as tendencias grosseiras acabam por tomar uma preponderancia indiscutida. A vontade ausente é substituida por impulsos momentaneos, por actos irreflectidos que uma irritabilidade crescente determina. O

pudor, a delicadeza, os affectos de familia, o altruismo, o sentimento de orgulho pessoal, tudo se afunda. As relações sexuaes tornam-se cynicas, ás vezes pervertidas, o egoismo faz-se dominante, os impetos brutaes tomam o logar das manifestações de ternura, o amor proprio cessa ou é substituido por uma sorte de hypertrophia morbida do Eu, conduzindo á prepotencia e á crueldade. E' então que o alcoolico se torna um tyranno domestico, temido pela mulher, pelos filhos, pelos serviçaes, que cobre de insultos, de obscenidades e que não poucas vezes espanca.

Ao mesmo tempo o alcoolico abandona-se, descura os habitos de aceio. Nas classes pobres todo o dinheiro ganho passa á taberna; d'ahi a má e escassa alimentação, a falta de vestidos, a ausencia de todos os confortos caseiros e as injustas recriminações contra a familia. A frequentação de companheiros viciosos apressa este incessante aviltamento.

Mais morosamente, a intelligencia declina tambem. Menos lucido e menos habil, o alcoolico inferiorisa-se na sua profissão, qualquer que ella seja, ganha menos e é muitas vezes forçado a acceitar posições subalternas. A memoria torna-se infiel, a attenção esgota-se rapidamente, a percepção é tarda, imprecisa; pelo seu lado, o tremulo alcoolico difficulta movimentos delicados exigidos n'um certo numero de profissões. O trabalho seguido, methodico acaba por ser impossivel. O esforço é intermittente, penoso e só se prolonga á custa do estimulo toxico.

Assim, o alcoolico baixa *socialmente*, acabando não poucas vezes, o proletario, pela *vagabundagem* e pela *mendicidade*, com escala pelo *crime*.

O olhar apagado, a physionomia inexpressiva, os labios grossos, o nariz hypertrophico e rosaceo, a voz enrouquecida, a attitude abandonada, incerta, o desalinho do fato, a porcaria da roupa denunciam este aviltamento psychico, este pavoroso naufragio de toda a mentalidade.

Tal é a *degenerescencia alcoolica*.

Muitas vezes sobre este terreno empobrecido germinam *delirios paranoides*. O de perseguição é o mais commum e tem por base o despreso que naturalmente incide sobre o alcoolico e o relega a posições subalternas. A falsa interpretação d'este facto real é o fundamento do delirio persecutorio no alcoolismo chronico.

A impotencia ou frigidez, que não deixa de marcar os estadios avançados da intoxicação, explicaria por que o delirio persecutorio toma frequentemente a fórma *ciumenta* ou de *infidelidade conjugal* (Bianchi, Kraepelin).

Pseudo-paralysia geral alcoolica. — Denomina-se assim o *syndroma paralytico*, accidental ou episodicamente observado no curso do alcoolismo chronico. Psychophysico, esse syndroma que estudámos na Primeira parte (Vid. pag. 132), resulta da convergencia de phenomenos motores, — tremulos, ataxia, dysarthria, dysgraphia e perturbações pupillares, com phenomenos de ordem mental, consistindo n'uma queda em massa de toda a psychicidade, muitas vezes acompanhada de euphoria e de um delirio absurdo de grandezas.

Não sendo muito vulgar, a apparição d'este syndroma está longe de ser excepcional ou mesmo rara na evolução do alcoolismo chronico. Quando ella se dá, o alcoolico offerece de tal modo as apparencias clinicas do paralytico geral que só pelos anamnesticos e ás vezes mesmo por elles e pela marcha da doença é possivel fazer um diagnostico seguro.

Ao contrario da demencia paralytica ou paralysia geral, que é uma figura nosologica autonoma, como opportunamente veremos, a pseudo-paralysia alcoolica não passa de um episodio mais ou menos transitorio da intoxicação.

Delirios agudos. — São episodios ou accidentes que na marcha do alcoolismo chronico podem succeder quer a *grandes excessos* (delirium a potu nimio), quer á brusca

supressão do toxico (delirium a potu supenso), quer, emfim, a *traumatismos physicos e moraes* (quedas, operações cirurgicas, emoções subitas e violentas) ou a *doenças intercorrentes*.

Considerando o grau de acuidade dos symptomas, descrevem alguns auctores tres variedades: delirio subagudo, agudo e sobreagudo (Régis). Outros, considerando sobretudo a natureza e relativa preponderancia das ideias delirantes e das allucinações, descrevem dois typos: o *delirio allucinatorio* e o *delirio tremens* (Tanzi). Seguiremos estes ultimos, o que nos permittirá evitar inuteis repetições dos mesmos symptomas sob diversas modalidades intensivas.

DELIRIO ALLUCINATORIO. — E' caracterisado pelo predominio de *allucinações auditivas* e de *ideias de perseguição*.

As allucinações são ao principio elementares, consistindo em sibillos, ruidos, sons indistinctos; rapidamente, porém, tornam-se verbaes, de contheudo sempre penoso, aterrador. Vozes injuriam, ameaçam, accusam o doente, annunciando-lhe a morte proxima no meio de supplicios tremendos. As *illusões* auditivas são tambem frequentes. Todos os sons e todas as palavras revestem um significado hostil.

Sobre estes multiplos erros sensoriaes se baseia um delirio de perseguição de marcha aguda, acompanhado de *insomnia*, de *terrores* e de *inquietação anciosa*. Como symptomas reaccionaes observam-se muitas vezes o *suicidio* e as *violencias* contra o pessoal assistente.

As *allucinações visuaes* podem faltar ou reduzir-se a simples fulgurações luminosas. Algumas vezes, porém, complicam-se, tornam-se figuradas; então, o alcoolico vê homens em attitudes aggressivas, animaes ferozes que investem contra elle, instrumentos de tortura, como a cruz, a guilhotina, a forca. As *illusões* da vista acompanham sempre as allucinações; assim, o alcoolico estabelece

uma facil confusão das pessoas e objectos que o circundam, com inimigos e machinas destructivas.

Os erros sensoriaes da vista são sobretudo frequentes na obscuridade.

Allucinações do olfacto e do gosto surgem por vezes, determinado a *sitophobia*.

O delirio allucinatorio não offerece a verosimilhança e a systematisação dos delirios paranoides que acompanham a degenerescencia alcoolica; todavia, não é inteiramente dissociado, porque não determina um estado confusional e consente a preponderancia de um grupo de ideias uniformes.

Em condições de abstinencia, o delirio allucinatorio alcoolico não vae além de poucos mezes. Mas as recidivas com incompleta reintegração da intelligencia são muito para recear (Tanzi).

Delirium tremens. — E' uma confusão mental com preponderancia de allucinações visuaes e generalisação do tremulo alcoolico.

Este episodio psychopathico da intoxicação ethylica é dos mais communs e offerece graus diversos de intensidade.

Um *periodo prodromico* de variavel duração, caracterisado por *insomnia*, *depressão*, *irritabilidade*, *allucinações elementares da vista*, *cephaleia* e *embaraço gastrico*, annuncia a crise, que as mais das vezes surge durante a noite ou de madrugada.

No *periodo de estado* os symptomas constantes são, do lado somatico, o *tremulo*, que dá o nome a este episodio agudo, e, do lado psychico, *allucinações visuaes completas*, kaleidoscopicas ou cinematographicas (Régis) e *obnubilação intellectual*. Como symptomas inconstantes, mas frequentes, podem apparecer a *febre*, as *convulsões*, os *suores profusos* e as *allucinações auditivas*, *tactis*, *olfativas*, *gustativas* e *cenestheticas*. O tremulo é, como dissemos, gene-

ralisado, o que facilmente se verifica, pousando as mãos sobre os hombros do doente; todo o seu corpo vibra n'uma sorte de trepidação violenta. Por effeito d'este tremulo a linguagem torna-se dysarthritica, a escripta inintelligivel e a marcha difficil. A este tremulo associa-se por vezes uma *perturbação do sentimento de equilibrio* (Bonköffer).

As allucinações visuaes são multiplas, desenvolvendo-se diante do alcoolico de um modo imprevisto, como fitas de animatographo, em proporções ora minusculas, ora gigantescas: soldados, animaes, diabos, mascarados, figuras terriveis ou grotescas, monstros de toda a ordem.

A obnubilação intellectual denuncia-se por *offuscamento da consciencia* e *perturbações de orientação*. A *attenção*, constantemente sollicitada pelas allucinações, difficilmente se fixa sobre as coisas reaes; entretanto, uma energica apostrophe póde um instante chamar o doente á comprehensão do que se passa em volta. A *memoria* de factos remotos conserva-se, mas a de factos recentes é quasi abolida.

O tom emotivo do doente varía com a natureza das allucinações; e o mesmo póde dizer-se das reacções motoras. Alegria, tristeza, anciedade, agitação e estupor tudo póde observar-se no mesmo doente em phases successivas da sua crise.

De ordinario, o delirium tremens é apyretico; todavia, casos ha em que a temperatura se eleva *(delirium tremens febril*, de Delasiauve), attingindo cifras superiores a 40° centigrados. Esta *febre*, de origem provavelmente polytoxica (Agostini), ensombra o prognostico, porque não raro precede a *morte*.

As convulsões epileptiformes observam-se tambem nos casos graves; quando se realisam em série, uma *terminação fatal* é de receiar.

Os suores profusos acompanham os accessos de media e grande intensidade. Não é raro observar-se *albuminuria*.

As allucinações auditivas, elementares e verbaes, as

tactis, as do olfacto, as do gosto e as cenestheticas juntam-se frequentemente ás visuaes, que todavia não perdem nunca o logar preponderante. Os doentes ouvem ruidos extranhos, vozes hostis, benevolas ou indifferentes; sentem por todo o corpo impressões de prurido, de picadas, como se estivessem cobertos de vermina; experimentam cheiros e sabores perturbantes, nauseabundos ou, ao contrario, deliciosos; emfim, a sua consciencia é perturbada pelas falsas sensações internas de orgãos que julgam ausentes, deslocados, hypertrophicos, ou roídos por animaes.

O *delirio*, essencialmente allucinatorio, varía com a natureza kaleidoscopica dos erros psychosensoriaes, revestindo as fórmas *persecutoria*, *hypocondriaca*, *melancolica* e *maniaca*. Em rigor, não ha um delirio, mas uma pluralidade de delirios, quando não ha mesmo uma completa *incoherencia* e uma *dissociação de personalidade*, a primeira devida ao caracter multiforme das falsas sensações externas, a segunda procedente de erradas sensações internas e, portanto, de uma perturbação cenesthetica.

Entre os casos de delirium tremens que offerecem completa a symptomatologia que acabamos de descrever e aquelles em que apenas apparecem os symptomas constantes, com exclusão dos episodicos, ha uma notavel distancia, que preenchem os casos caracterisados por mais ou menos extensas combinações das duas ordens de symptomas.

Os casos benignos de *delirium tremens* offerecem uma evolução muito rapida, curando ao fim de alguns dias ou de algumas semanas; todavia, as *recidivas* constituem a regra.

Evolução. — E' muito *rapida* a do *alcoolismo agudo*, quer se faça no sentido da cura, que é o mais vulgar, quer no sentido da morte, como succede uma ou outra vez na fórma apopletica da embriaguez pathologica. E'

muito *lenta*, pelo contrario, a do *alcoolismo chronico*, de ordinario realisada no sentido da degenerescencia, dos delirios paranoides e de uma demencia terminal. Os episodios agudos da intoxicação chronica são em geral de muito curta duração, cobrindo mezes ou apenas dias, mas são eminentemente recidivantes.

Prognostico. — E' *benigno* o do alcoolismo agudo que reveste a fórma da embriaguez physiologica, *reservado* o da embriaguez pathologica, e *muito grave* o do alcoolismo chronico. A embriaguez physiologica liquída sempre pela cura ao fim de pouco tempo. A embriaguez pathologica póde levar á morte e conduz frequentemente ao crime. O alcoolismo chronico implica sempre uma degradação moral e intellectual, uma diminuição de resistencia organica determinando a morte prematura.

São muito raros os bebedores que renunciam ao seu vicio, precisamente porque o alcool começa por atacar a vontade e diminuir as forças inhibitorias. De resto, na grande maioria dos casos a tendencia a beber é o resultado de taras hereditarias e tem um caracter fatalista, o que Lasègue exprimiu nos aphorismos: «N'est pas alcoolique qui veut» e «Qui a bu, boira». Comprehende-se n'esta ordem de ideias que o alcoolismo ligado á dipsomania comporte um prognostico fechado a toda a esperança.

Diagnostico.— Faz-se conjugando os *symptomas* que acabamos de mencionar com a *historia anamnestica*. Mas, se esta é desconhecida ou propositalmente falseada pelo doente, podem surgir difficuldades que só a *evolução* do caso clinico permittirá vencer. Assim, a *pseudo-paralysia geral alcoolica*, se os habitos ethylicos do doente são ignorados, póde confundir-se com a *demencia paralytica*. Nas mesmas condições, os *delirios paranoides, symptomaticos do alcoolismo*, podem ser tomados por *delirios pa-*

ranoicos ou *delirios systematisados primitivos e idiopathicos*. Ainda nas mesmas condições podem os *delirios allucinatorios* do alcoolismo confundir-se com a *amencia* primitiva ou symptomatica de auto-intoxicações. Emfim, a origem alcoolica do *syndroma de Korsakoff* póde, nas condições que figuramos, passar despercebida.

E' preciso não perder de vista a possibilidade d'estas hypotheses para se ter a prudencia de reservar o diagnostico sempre que os anamnesticos do doente não são postos a claro com inteira segurança.

De ordinario, os alcoolicos têm uma grande difficuldade em confessar os seus habitos de intemperança; e muitos ha mesmo que de boa-fé os contestam, partindo do falso principio de que só é alcoolico o que habitualmente se embriaga. Beber todos os dias um litro de vinho de pasto e dois ou tres calices de vinho generoso, por exemplo, é para a maioria da gente uma pratica innocentissima. *Desde que se não bebe senão ás refeições e se não sáe da meza em estado de embriaguez, não se crê geralmente que as condições etiologicas do alcoolismo se tenham dado*. Uma outra ideia falsissima é a de que só faz mal o uso de bebidas espirituosas, sendo de uma inocuidade perfeita o *vinho puro*, sobretudo o de pasto; quanto ao *vinho palhete*, esse sería quasi tão benefico e necessario como a agua potavel. Estes preconceitos são interessadamente sustentados pela propaganda dos commerciantes e viticultores. Da penna de um d'estes lêmos não ha muito uma chronica *soi-disant* scientifica em que os abstemios de vinho eram comparados aos *atheus;* dando-lhes batalha, este idolatra do sumo da uva não deixava, é claro, de preconisar os *milagres* do seu deus. Esses milagres, já na etiologia os apreciamos; não passam de phantasias de bebedos ou de especulações do commercio.

Desde que n'um doente apparecem symptomas filiaveis n'uma intoxicação alcoolica, não devemos contentar-nos com a sua affirmação, hypocrita ou sincera, mas sempre

vaga e imprecisa, de que não *abusa* das bebidas; é preciso que investiguemos como d'ellas *usa*, determinando rigorosamente a *qualidade* e a *quantidade* do liquido alcoolico ingerido nas vinte e quatro horas. Não nos deixemos illudir, em relação á qualidade, pelas designações correntes de *vinho puro*, de *vinho de confiança*, de *vinho palhete;* e, no que respeita a quantidade, não acceitemos, sem as reduzir a grammas, as unidades *copo* e *calix*, porque ha copos e calices de muitas capacidades. Procedendo assim, muitas vezes encontraremos no alcool a causa, que consciente ou inconscientemente se nos occultava, dos phenomenos observados.

Como dissemos na etiologia, o alcoolismo estabelece-se sempre que uma dose de alcool é ingerida antes que os effeitos da precedente se tenham dissipado; ora esse estado adquire-se, em media, pela simples absorpção quotidiana de 45 grammas de alcool.

O diagnostico differencial entre a demencia paralytica e a pseudo-paralysia geral alcoolica, se os habitos do doente são desconhecidos, repousa sobre os seguintes elementos de apreciação:

1.° — Na demencia paralytica as *perturbações da motilidade são geraes desde o começo e progressivas;* no alcoolismo chronico, de que a pseudo-paralysia geral é um episodio agudo, são *parciaes* e invasoras;

2.° — Na demencia paralytica as *perturbações motoras* consistem ao principio em *ataxia dos movimentos* delicados sem perda da força muscular; no alcoolismo a *debilidade muscular* é, pelo contrario, um symptoma *inicial;*

3.° — No alcoolismo o *tremulo* é mais *extenso* e *accusado* que na demencia paralytica;

4.° — As *perturbações da sensibilidade*, consistindo quer em *anesthesias*, quer em *hyperesthesias* ligadas a *nevrites* são mais *frequentes* no alcoolismo que na demencia paralytica;

5.° — As *allucinações*, que na demencia paralytica são

raras, offerecem (sobretudo as visuaes) uma *grande frequencia* no alcoolismo;

6.º — As grandes *remissões* são muito mais vulgares no alcoolismo que na demencia paralytica;

7.º — A *marcha* da demencia paralytica faz-se invariavelmente no sentido da *morte;* a pseudo-paralysia geral alcoolica é eminentemente *curavel*, embora recidivante;

8.º — O *delirio de grandezas*, muito *frequente* na demencia paralytica, é *excepcional* no alcoolismo (Voisin);

9.º — O *começo* da pseudo-paralysia geral alcoolica é *brusco*, ao passo que o da demencia paralytica é, em regra, *insidioso* e *lento* (Beca);

10.º — As *perturbações vesicaes* e *rectaes*, muito *vulgares* na demencia paralytica, são *raras* no alcoolismo (Fürstener);

11.º — A *ausencia de antecedentes syphiliticos*, bem averiguada, depõe, n'um caso duvidoso, em favor da pseudo-paralysia (Tanzi).

A despeito de todos estes elementos, o diagnostico differencial póde em certos casos e n'um dado momento ser impossivel, se os habitos alcoolicos do doente são desconhecidos. Nas doenças mentaes o rigoroso diagnostico é sempre uma funcção de tres elementos, pelo menos: causas, symptomas e evolução.

Os delirios paranoides dos alcoolicos não têm a activa systematisação, nem a marcha dos paranoicos; além d'isso, as allucinações, que n'estes representam um papel secundario, são n'aquelles preponderantes. O estudo que adiante faremos da paranoia melhor porá em relêvo estas fundamentaes differenças.

O syndroma de Korsakoff, constituido pela convergencia de symptomas physicos de nevrite com um estado confusional em que prepondera a amnesia de fixação, pertence frequentes vezes ao alcoolismo chronico; como, porém, elle póde apparecer independentemente d'esta in-

toxicação, succede que, desconhecidos os anamnesticos do doente que o apresenta, a sua origem póde ficar indeterminada.

Anatomia pathologica. — O *atheroma arterial* e a *degenerescencia gordurosa dos vasos* são lesões constantes no alcoolismo chronico.

Nos casos em que no curso da intoxicação se manifestam episodios agudos, outras lesões se encontram: a *pachymeningite hemorrhagica*, as *suffusões sanguineas*, as *infiltrações serosas*, as *adherencias* das meningeas á camada cortical do cerebro e *fócos hemorrhagicos* dispersos.

Tratamento. — A indicação capital consiste na *suppressão do alcool*, que deve ser feita *bruscamente*. Esta pratica póde occasionar um accesso de delirium tremens; este inconveniente é, porém, passageiro.

Com a suppressão do toxico deve coincidir a medicação tendente a provocar a sua rapida eliminação por todos os emunctorios. Os *sudorificos* e os *diureticos* serão, pois, empregados com vantagem.

Ao mesmo tempo importa muito sustentar as forças do doente; d'aqui a necessidade dos *tonicos*.

No delirio agudo é preciso proceder com energia contra a exaltação e a insomnia. Para combater a primeira nada ha melhor do que os *banhos quentes* muito prolongados; contra a segunda empregar-se-hão o *hydrato de chloral* e sobretudo o *opio*. Os *brometos* em doses elevadas podem tambem dar um certo resultado; todavia, considerando o mau estado das vias digestivas nos alcoolicos, o melhor de todos os tratamentos calmantes é o balnear. Os banhos de immersão, de duas ou tres horas, de manhã e á noite, dão os mais seguros resultados.

Todos os meios contentivos devem ser postos de parte; e, se a agitação é tumultuosa e em casa faltam os meios

de vigiar o doente, a *sequestração* impõe-se e deve ser praticada precocemente. O que dissemos sobre os impulsos suicidas e homicidas no delirio allucinatorio e no delirium tremens justifica o emprego d'esta medida.

Não temos, e essa falta é sensivel, manicomios especiaes destinados, como na Allemanha e na Inglaterra, a esta cathegoria de doentes. D'aqui resulta que os alcoolicos recebem alta, uma vez dissipado o episodio agudo que motivou a sequestração; mas, uma vez livres, recidivam sempre. Este tratamento accidental e symptomatico é perfeitamente illusorio; só uma longa sequestração póde dar um resultado pratico. Os psychiatras francezes e italianos queixam-se tambem da falta que apontamos, pondo em relêvo a multiplicidade de admissões dos mesmos doentes nos manicomios communs. A cada admissão é peior o estado d'estes desgraçados, que de ordinario têm usado da liberdade para procrear vesanicos, epilepticos e imbecis, e praticar multiplos crimes.

A *prophylaxia* do alcoolismo tem sido feita em muitos paizes por modos que podem reduzir-se a duas cathegorias: *coercitivos* e de *propaganda* anti-alcoolica.

Os meios coercitivos consistem nos exagerados impostos sobre o alcool e na severa regulamentação da venda. Podendo parecer os melhores, são na realidade os mais inefficazes.

Os de propaganda, praticados pelas ligas anti-alcoolicas, têm dado sensiveis resultados por toda a parte. As conferencias publicas e a instituição de casas alegres e bem adornadas para a venda a baixo preço das bebidas não-alcoolicas—chá, caffé, leite, aguas aciduladas ou alcalinas com addição de xaropes, têm produzido effeitos inesperados em mais de um paiz, fazendo descer muito a percentagem dos alcoolicos. Segundo Tanzi, o consumo annual de alcool que era na Suissa de 6,2 litros por habitante, em 1876, desceu a 3,5, em 1896; e o da Noruega, que era de 3,4, desceu a 1,5. São eloquentes estes numeros.

MORPHINISMO

Definição. — E' a intoxicação chronica pela morphina, que importa não confundir com a *intoxicação aguda*, com a *embriaguez morphinica* ou com a *morphiomania*.

A intoxicação aguda, que póde proceder de um erro de prescripção, de uma tentativa criminosa ou de um proposito de suicidio, é um mero episodio morbido, que se manifesta por nauseas, vomitos, cephaleia, vertigens e somnolencia.

A embriaguez morphinica póde tanto ser o periodo inicial do morphinismo como um estado passageiro de euphoria succedendo, não ao abuso, mas ao uso de alcaloide, ministrado com fins therapeuticos.

A morphiomania, que acompanha quasi sempre o morphinismo, não é todavia uma consequencia fatal da intoxicação. Ha individuos que, tendo feito durante longo tempo um continuado uso de elevadas doses de morphina com intuitos therapeuticos, se libertam d'ellas desde que cessa o motivo da sua administração; estes doentes comquanto sejam intoxicados chronicos, não são morphiomanos, porque não têm o desejo imperioso e a tendencia irresistivel para o alcaloide. Devemos notar que, em verdade, estes casos são raros; de ordinario, ao morphinismo anda adstricta a morphiomania.

Etiologia. — O morphinismo reconhece na maioria dos casos uma *origem therapeutica*. O doente começa por ingerir ou, mais vezes, por injectar subcutaneamente a morphina sob a indicação de um medico para debellar as dôres symptomaticas de uma doença qualquer. Ao allivio immediato, assim obtido e que é apenas um prazer negativo, junta-se de ordinario um prazer positivo, um bem-estar, uma euphoria, que o doente deseja repetir. Mas como o habito do alcaloide diminue os seus effeitos,

a necessidade vem de augmentar constantemente as doses; d'aqui, o morphinismo. Na génese d'este mal, que todos os dias cresce, têm os medicos uma alta responsabilidade, não só pelo abuso que fazem do alcaloide, prescrevendo-o sem formaes indicações, mas ainda pela inacreditavel ligeireza com que deixam ao arbitrio dos doentes a regulamentação das doses. Tratamos no manicomio uma senhora a quem o medico assistente, para furtar-se ao trabalho de fazer-lhe repetidas injecções, entregou uma seringa de Pravaz e a formula da solução que ella usaria quando julgasse necessario. Tornada morphinista e morphiomana, esta doente attingiu e manteve durante mais de um anno a dose diaria de 15 decig. a 2 gr. do medicamento em injecções hypodermicas. Todos os observadores contam casos d'estes na sua pratica. A facilidade com que se prescrevem injecções subcutaneas de morphina ás hystericas, é uma das causas vulgares do morphinismo e da morphiomania.

A *imitação*, a *curiosidade* e a propaganda feita pelos morphinistas são tambem causas frequentes da intoxicação. Ha muito quem comece a injectar-se, porque na roda em que vive outros se injectam; e não falta quem o faça pelo desejo de conhecer os effeitos do toxico ou porque ouviu de algum morphinista a encantada narrativa dos *paraizos artificiaes*. São de ordinario grandes nevropathas degenerados os que assim procedem.

E' no *sexo feminino* que o morphinismo se observa com maior frequencia. As *profissões medica e pharmaceutica* dão a mais alta contribuição de morphinistas em todos os paizes; na Allemanha, os medicos affectados são tão numerosos e fazem uma tão vasta e perniciosa propaganda do seu vicio que alguem lembrou a necessidade imperiosa de legalmente os impedir do exercicio da profissão (Kraepelin).

Symptomatologia.— Estudaremos successivamente os

phenomenos *somaticos* e *psychicos* por que o morphinismo se revela.

Quando o doente não tem ultrapassado ainda as pequenas doses de alguns centigr. por dia, nada se observa de notavel do lado physico. Então, é apenas psychicamente que a acção do alcaloide se manifesta por phenomenos oppostos aos do alcool (Kraepelin): excitação ideo-affectiva com sentimento de euphoria e diminuição das tendencias motoras. Um agradavel torpôr muscular invade o doente, que todavia reconhece facilitado o curso das ideias e elevada a tonalidade affectiva. E' uma *rêverie* tranquilla e dôce, um bem-estar subjectivo.

A' medida, porém, que as doses são augmentadas, desenham-se e accentuam-se os symptomas somaticos e psychicos da intoxicação.

Symptomas somaticos. — As *perturbações do somno* são geralmente precoces. Os doentes dormem mal, inquietos, sonhando muito, sentindo mesmo pesadellos; e estas perturbações conduzem frequentemente os morphinistas a augmentar o numero das injecções da noite.

Do lado da sensibilidade, são vulgares as *paresthesias* e as *hyperesthesias*. Os doentes experimentam sensações extranhas e dôres erraticas por todo o corpo.

Do lado da motilidade, observa-se frequentemente um *augmento da excitabilidade reflexa*, coincidindo com exagerada sensação de *fadiga*, de quebranto geral. Algumas vezes aparecem *dysarthrias* e *paralysias dos musculos occulares*, determinando a diplopsia e a fraqueza de accomodação (Kraepelin).

Do lado do apparelho digestivo a *constipação* alternando com *dyarrheia*, é frequente. A diminuição do appetite e mesmo a *anorexia* observam-se quasi sempre.

As funcções respiratoria e circulatoria executam-se mal. Os doentes apresentam por vezes *dyspneia*, tendo crises como as dos asthmaticos. O *pulso* é *irregular*, ora

lento, ora accelerado e ás vezes *intermittente*. As palpitações cardiacas podem ser tormentosas.

As funcções genitaes diminuem. A *frigidez* é frequente, como o é a *amnorrheia*.

Os *zumbidos*, a *cephaleia gravativa*, as *vertigens* e os *suores* copiosos observam-se a cada elevação sensivel da dose diaria.

O compromisso das funcções nutritivas traduz-se por *diminuição de peso*, que é constante, por *deteriorisação dos dentes*, que é vulgar, e ainda pela *côr amarella da pelle*, que se torna secca e rugosa, dando aos doentes um aspecto de velhice precoce.

Symptomas psychicos. — A' excitação ideo-affectiva, que caracterisa a phase inicial da intoxicação, succede com o progressivo augmento das doses uma depressão de todas as funcções da intelligencia, da affectividade e da vontade.

A *memoria* torna-se *infiel*, a *percepção tardia* e *incerta*, e a capacidade para o trabalho diminue progressivamente; em rigor, o trabalho methodico e productivo é mesmo impossivel.

O *caracter* modifica-se profundamente e a affectividade baixa, tornando-se os doentes *egoistas*, insensiveis aos soffrimentos alheios.

A *vontade* diminue tambem até á impotencia, pela perda das funcções inhibitorias. Isto explica porque, aspirando incessantemente a libertar-se da tyrannia do toxico, os morphiomanos não deixam de praticar toda a sorte de fraudes para illudir a vigilancia da familia, dos medicos, dos enfermeiros empenhados na sua cura. Os ardis que empregam para obter a morphina são por vezes inacreditaveis.

A' diminuição da vontade e dos affectos corresponde um estado de irritabilidade extrema; as explosões de cólera são, nos morphiomanos, frequentes, e mesmo perigosas, se encontram resistencias. De resto, como os alcoolicos,

elles baixam sempre moralmente. Para obterem a morphina illudem os medicos, simulando dôres violentas, falsificam receitas, exploram a venalidade dos creados, vão até ao furto; mulheres ha que, se lhes falta o dinheiro para a compra do toxico, não hesitam em prostituir-se.

Os estados de *anciedade nocturna* são vulgares; e não são raros os casos em que se observa temporariamente o quadro da *confusão mental allucinatoria*.

Agostini affirma ter observado em alguns morphinistas o *delirio de infidelidade conjugal*.

Evolução. — Entregue a si mesmo, o morphinista caminha irremediavelmente para a *morte* por cachexia ou por tuberculose, embrutecendo-se e aviltando-se sempre.

A *duração* da doença é muito variavel, dependendo sobretudo da constituição individual.

Prognostico. — E' dos mais *graves*. Mesmo os morphinistas que se submettem a tratamento e conseguem a abstenção, recidivam frequentemente. Todos os observadores fallam de casos em que, ao fim de annos de completa abstinencia, o envenenamento recomeça a proposito de uma picada inadvertidamente feita por um medico para debellar uma dôr. Então, principiando por alguns centigr., o recidivista attinge rapidamente a dose maxima anterior, de 1, 2 e mais grammas, indemnisando-se, com phrenesi, do tempo de abstenção.

Diagnostico. — De ordinario, não offerece difficuldades. O proprio doente, procurando o medico, lhe denuncía os habitos morphinicos; e a familia, pelo seu lado, fornece-lhe toda a sorte de esclarecimentos. Difficuldades, só podem surgir quando o morphinista, para evitar a continuação do tratamento e illudir a vigilancia, se declara curado. De um modo geral, póde dizer-se que o apparecimento de um estado de euphoria por parte de um mor-

phinista submettido a tratamento e quando não tenham passado algumas semanas sobre a ultima picada, denuncía que elle se injecta a occultas. E' preciso que sobre a derradeira dóse de morphina administrada passe *o tempo bastante á reacquisição do peso normal*, para que o medico tenha a certeza de uma completa desmorphinisação. Quando haja duvidas, importa submetter o doente a um rigoroso isolamento (Agostini).

Tratamento. — Consiste na suppressão da morphina ou, como pittorescamente dizem os francezes, na *sevrage*.

Se o doente vive em liberdade, é impossivel ao medico obter a convicção de que elle se não intoxica; d'aqui a necessidade do *isolamento* n'uma casa de saude, n'um hospital commum ou mesmo n'um manicomio. D'estes meios, o ultimo sería o melhor (Kraepelin); todavia, nem sempre é possivel internar n'um estabelecimento de alienados um morphinista.

A desmorphinisação póde fazer-se por tres processos: *bruscamente*, deixando de ministrar o toxico desde o primeiro dia de internato; *lentamente*, diminuindo pouco a pouco a dóse maxima; *rapidamente*, reduzindo logo esta dóse a metade ou a um terço e descendo depois muito devagar.

O primeiro d'estes processos, que nunca experimentámos, é, no dizer de Tanzi, cruel e perigoso: cruel, porque faz sentir em altissimo grau os horrores da abstinencia, de que adiante fallaremos; perigoso, porque póde conduzir ao collapso e á morte subita. Só póde ser empregado em individuos novos e não tendo attingido grandes dóses de morphina.

O segundo processo deve reservar-se para os velhos, para os individuos muito debilitados e para os que chegaram a dóses superiores a 1 gr. diario. A uma senhora, que attingira a dóse quotidiana de 15 decigr., que tambem se injectava a cocaïna e cuja emaciação era extrema,

applicámos com exito este processo, fazendo a diminuição por centigrammas e mesmo, de certa altura em diante, por milligrammas.

O terceiro processo, preconisado na Allemanha por Erlenmeyer e seguido em França por Sollier, parece ser o preferivel. Temol-o empregado com exito, seguindo approximadamente as indicações de Erlenmeyer, expostas no seguinte quadro:

DESMORPHINISAÇÃO RAPIDA

DOSES HABITUAES, REFERIDAS AO GRAMMA:

Dias de tratamento	0,10 — 0,20	0.30 — 0.40	0.40 — 0,50	0,50 — 1	1 — 2
1 º	0.8	0.15	0,25	0,30	0,50
2.º	0,5	0.12	0,15	0,20	0,30
3.º	0,4	0,10	0,12	0,15	0,20
4.º	0,3	0,5	0.7	0.12	0,15
5.º	0,2	0,4	0,4	0,8	0,10
6.º	0,1	0,3	0,3	0,5	0.5
7.º		0,2	0,1	0,2	0.2
8.º		1	1	2	2
9.º				1	1

Em regra, ao 9.º dia, o mais tardar, faz-se a suppressão.

Não é nunca destituida de inconvenientes a desmorphinisação (Kraepelin). Ao mal estar e ao desgosto que invariavelmente provoca o abandono de qualquer habito de longa data adquirido (uso do tabaco, do alcool, do chá, do caffé) vêm juntar-se na *sevrage* da morphina symptomas de ordem somatica e psychica extremamente penosos e mesmo graves, que é preciso conhecer para lhes dar combate. Estes symptomas não constituem um quadro fixo e inalteravel; ao contrario, variam de individuo para individuo, sobretudo em relação á intensidade. Apontal-os-hemos todos n'uma rapida enumeração, lembrando a seguir o tratamento a oppôr-lhes.

Do *lado somatico* podem observar-se: somnolencia,

prostração, arythmia cardiaca, hypothermia, gastralgias, nauseas, vomitos, anorexia, suores frios, constipação alternando com dyarrheia, enfraquecimento visual podendo ir até á amaurose e ataques convulsivos; a morte por collapso é de receiar.

Do *lado psychico* podem observar-se: irritabilidade crescente, enfraquecimento e obnubilação da intelligencia, crises de agitação e episodios confusionaes com allucinações aterradoras e impulsões perigosas, lembrando o *delirium tremens*.

São estes os possiveis *symptomas da abstinencia morphinica*.

Os mais graves são os do apparelho circulatorio, que importa combater pelos tonicos cardiacos (digitalina, esparteina, estrophantina), pelos excitantes (caffé, injecções hypodermicas de caffeïna, de ether), pelos banhos quentes, pelas duchas frias, pela sinapisação, pela faradisação cutanea.

Para combater os symptomas procedentes do apparelho gastro-intestinal empregar-se-hão com vantagem, segundo os casos, os laxantes salinos ou o bismutho e, sempre, as aguas alcalinas, que *devem dar-se durante todo o tratamento* (Tanzi). A anorexia será combatida pelos amargos.

Contra a excitação devem empregar-se os banhos tepidos, prolongados, e mesmo os brometos.

Nos dias que immediatamente succedem á suppressão da morphina, a *insomnia* costuma ser completa. Devemos abster-nos de a combater pelos hypnoticos, em regra inuteis e por vezes nocivos; os banhos tepidos, demorados, com aspersões d'agua fria sobre a cabeça, constituem o melhor meio de combater este symptoma.

A *suggestão em vigilia* deve fazer-se constantemente, levantando o espirito dos doentes. A suggestão em estado de *hypnose completa*, quando esta possa obter-se, é um meio dos mais efficazes no tratamento (Tanzi).

COCAÏNISMO

Definição.— Dá-se este nome á intoxicação chronica pela cocaïna, que não deve confundir-se com a *intoxicação aguda*, com á *embriaguez cocaïnica* ou com a *cocaïnomania*.

A intoxicação aguda, que póde proceder, como a da morphina, de um erro de prescripção, de uma tentativa criminosa ou de um desejo de suicidio, não passa de um accidente morbido, symptomatisado por excitação geral com desordem de movimentos, loquacidade excessiva, formigueiros das extremidades, zumbidos auriculares e, ulteriormente, fadiga extrema com obtusão intellectual.

A embriaguez cocaïnica tanto póde constituir a phase inicial do cocaïnismo, como um estado transitorio de bem-estar ou de euphoria, succedendo, não ao emprego abusivo, mas ao uso legitimo do alcaloide, empregado n'um fim curativo.

A cocaïnomania, que frequentemente acompanha o cocaïnismo, não é comtudo uma inevitavel consequencia da intoxicação. Como a morphiomania, ella constitue uma simples modalidade impulsiva dos desequilibrados, sempre em busca de excitações novas e sempre desarmados de resistencia contra a tyrannia dos habitos viciosos.

Etiologia. — O cocaïnismo nasce quasi sempre, como o morphinismo, de um tratamento, e é, como elle, uma *intoxicação therapeutica*.

O cocaïnista, que começou, como o morphinista, por ingerir ou injectar-se por conselho medico uma dóse de alcaloide para supprimir uma dôr local, sentindo não só um immediato allivio, mas uma sensação geral de euphoria, repete por conta propria a applicação. Mas como o habito do medicamento diminue os seus effeitos de bem-

estar, a necessidade se impõe de augmentar progressivamente as dóses; e assim se estabelece o cocaïnismo.

Os cocaïnistas e cocaïnomanos são, na grande maioria dos casos, simultaneamente morphinistas e morphinomanos. A razão principal d'este facto está em que, para combater os effeitos da intoxicação pela morphina, muitos medicos deploravelmente empregam a cocaïna. Mas a coexistencia das duas intoxicações póde provir exclusivamente do doente, que emprega a cocaïna para anesthesiar a região destinada a receber a picada de morphina.

A *imitação* e a *curiosidade* morbida representam aqui o mesmo papel que no morphinismo.

O sexo *feminino* e as *profissões medica e pharmaceutica* são por toda a parte os que mais contribuem para as estatisticas do cocaïnismo.

Symptomatologia.— Passaremos em revista os phenomenos *somaticos* e *psychicos* por que se manifesta a intoxicação.

Ao principio, quando o doente se confina ainda nas pequenas dóses, tomadas a mêdo, a symptomatologia reduz-se a um sentimento de bem-estar, acompanhado de ligeira excitação motora. Mas, á medida que o envenenamento progride pela elevação das dóses, toda a symptomatologia se accentua.

SYMPTOMAS SOMATICOS. — A *insomnia* em grau maior ou menor constitue um symptoma constante.

Do lado da sensibilidade, notam-se *anesthesias* superficiaes ou profundas de variadas regiões, *formigueiros*, mais ou menos intensos, *pruridos* e sensações de *picadas*, principalmente nas extremidades. A sensação illusoria de *insectos subcutaneos* procurando romper os tecidos, é das mais caracteristicas (Weigandt). As *dôres fulgurantes* dos membros inferiores são frequentes.

A *acuidade visual* diminue, e os *zumbidos* auriculares são quasi constantes.

A perturbação do sentido muscular consistindo na *sensação de leveza*, é vulgar.

Do lado da motilidade observam-se *exagero dos reflexos* tendinosos e cutaneos, *tremulo* generalisado, *agitação muscular* confinada a certas regiões, *mydriase* e por vezes *dysarthria*. A *diplopia* e a *ambliopia* são frequentes.

As funcções digestivas executam-se mal: a *dyspepsia* gastro-enterica é de regra.

A circulação é perturbada, observando-se sempre *tachycardia* (150 pulsações e mesmo mais por minuto).

As funcções genitaes diminuem até á *frigidez*. A *amnorrheia* e a *dysmnorrheia* são frequentes.

A *cephaleia* e as *vertigens* são constantes. Como traducção de uma progressiva decadencia physica apparecem a *diminuição de peso* e um aspecto de *velhice precoce*.

Symptomas psychicos. — Mentalmente, o cocaïnista, entregue a si mesmo, baixa e degrada-se como o morphinista e o alcoolico, marchando progressivamente para uma irremediavel demencia.

A *memoria* torna-se cada vez mais *difficil* e *infiel*, a *percepção* mais *imprecisa*, e uma verdadeira incapacidade para o trabalho se estabelece ao fim de algum tempo.

Com a decadencia das funcções intellectuaes coincide a *perda dos sentimentos ethicos e estheticos*, de sorte que o cocaïnista acaba por uma situação de aviltamento e degradação social. N'esta marcha para a nullidade psychica accidentes agudos de *confusão mental allucinatoria* sobrevêm frequentemente.

Fóra d'estes episodios podem observar-se *delirios* com uma certa persistencia e uma certa systematisação, nomeadamente *persecutorios* e *hypocondriacos*. Um dos mais frequentes é o *delirio de ciume*.

Evolução. — A marcha da intoxicação cocaïnica, se a não contraría uma intervenção medica, faz-se psychica-

mente no sentido da *demencia* e physicamente no sentido da *cachexia*, atravez de episodios delirantes e de crises convulsivas epileptiformes.

Prognostico. — Comquanto seja facil combater a intoxicação, o prognostico mantem-se *grave* pelo que respeita ao futuro dos doentes, que de ordinario recidivam. A cocaïnomania não é menos frequente que a morphinomania e a dipsomania.

Diagnostico. — Quando a intoxicação cocaïnica existe isolada, o diagnostico é facil, porque o proprio doente denuncía ao medico a génese dos seus soffrimentos.

Mas quando, como é frequente, o cocaïnismo coexiste com o morphinismo ou com o alcoolismo, póde haver grande difficuldade em descriminar o que no quadro symptomatico pertence a cada uma das intoxicações. O exame do estado mental não nos esclarece, porque tanto a demencia, como a confusão mental e os delirios paranoides têm uma analoga feição nos tres casos. Pelo que respeita ao cocaïnismo, a constatação das falsas sensações de *insectos procurando romper a pelle*, será decisiva. A presença de allucinações visuaes de *phantasmas extravagantes agitando-se diante do doente*, tem analogo valor.

Tratamento. — A *prophylaxia* d'esta intoxicação far-se-hia com extrema facilidade, se os medicos se limitassem a prescrever a cocaïna com um fim de anesthesia local e se os pharmaceuticos se não prestassem a fornecer o alcaloide sem receita. Infelizmente, ha medicos cocaïnomanos, como os ha morphinomanos, e ha pharmaceuticos pouco escrupulosos no exercicio da sua profissão. A pratica lamentavel de combater certos symptomas do morphinismo pelo emprego da cocaïna, deu em resultado o *morphinococaïnismo*, cada vez mais commum.

O tratamento *curativo* consiste na ***suppressão*** do al-

caloide. E, como ella se faz, em regra, sem nenhum dos graves inconvenientes que acompanham a desmorphinisação, o melhor procedimento a seguir é o que faz essa suppressão *bruscamente*.

Mas todo o tratamento será inefficaz, se não tiver por base o *isolamento* do intoxicado quer n'um manicomio, quer n'uma casa de saude, em que possa ser vigiado de perto.

As fraudes dos cocaïnomanos não são menos para receiar que as dos morphinomanos.

SATURNISMO

Intoxicação plumbea

Definição e variedades. — Dá-se este nome á intoxicação pelo chumbo, que póde ser *aguda* ou *chronica*. A primeira, como todos os envenenamentos accidentaes, evoluciona rapidamente para a cura sem apresentar do lado psychico uma symptomatologia que nos interesse; não succede, porém, o mesmo com a segunda, que se acompanha de variadas perturbações mentaes muito analogas ás do alcool e que o psychiatra póde ser chamado a estudar n'um intuito clinico ou medico-legal.

D'estas perturbações, umas são companheiras da cachexia plumbea e consistem em symptomas de uma irreparavel *degradação*, outras constituem *accidentes agudos* e de ordinario curaveis no curso do envenenamento chronico.

Etiologia. — Todas as condições, physicas e moraes, que contribuem para empobrecer e deprimir um organismo, podem ser invocadas como causas predisponentes da doença; todavia, o factor determinante e essencial é a *acção do chumbo*.

O saturnismo é, pois, uma *intoxicação profissional:*

affecta muito os pintores e typographos. Assim, observa-se de preferencia no *sexo masculino* e na *edade adulta*.

Symptomatologia.— Os symptomas de *ordem somatica*, são: a *orla azulada das gengivas* (orla de Burton), muito caracteristica, a *côr plumbea da pelle*, a *cephaleia*, a *dyspepsia*, as *atrophias musculares*, as *paresthesias* e as *convulsões*.

Os symptomas de *ordem psychica* pertencem a duas cathegorias: uns são *demenciaes* e caracterisam a *degenerescencia saturnina*, outros são *delirantes* e caracterisam a *loucura*.

Os primeiros podem apresentar-se sob a fórma de uma *demencia progressiva* inteiramente similhante á que se observa no alcoolismo chronico ou sob o aspecto clinico de uma demencia paralytica a que se deu o nome de *pseudo-paralysia saturnina*. Os segundos, que são subagudos, agudos ou sobre-agudos, revestem sempre a fórma de *confusão mental* em qualquer das suas variedades, sobretudo na agitada.

O que dissemos sobre a demencia, a pseudo-paralysia e os delirios alcoolicos applica-se ao saturnismo.

Evolução e prognostico.— A fórma *aguda* marcha rapidamente para a *cura* pela simples suppressão do agente toxico e comporta, por isso, um prognostico *benigno*. A fórma *chronica*, evolucionando para a cachexia e a *demencia*, tem um prognostico muito *grave*. Pelo que respeita aos *accidentes delirantes* ou confusionaes, o seu prognostico é *favoravel*, porque, em regra, cobrem apenas o espaço maximo de algumas semanas.

Anatomia pathologica.— Nos neurones do *cortex cerebral* e nos ganglios espinhaes, Lugaro observou lesões importantes, taes como: a *dilatação do protoplasma*, o *enrugamento do nucleo* e a *deformação das dendrites*.

A *proliferação nevroglica* tem sido constatada. Nos casos de demencia observa-se *atrophia cortical.*

A presença do chumbo nos leucocytos é um facto constante.

Diagnostico. — A analogia dos symptomas neuropsychicos do *saturnismo* e do *alcoolismo* é tal que a confusão entre as duas intoxicações póde facilmente fazer-se.

A presença ou a ausencia da orla de Burton e os anamnesticos permittirão estabelecer o diagnostico differencial na maioria dos casos; todavia, quando as duas intoxicações, saturnina e alcoolica, se realisam no mesmo individuo, o que não é muito raro (Régis) e que duas vezes observámos, o diagnostico rigoroso só póde fazer-se em face da analyse chimica do sangue, em cujos leucocytos, na hypohese de saturnismo, se encontrará o chumbo.

O diagnostico differencial com a verdadeira *demencia paralytica* repousa sobre os anamnesticos e a marcha da doença.

Tratamento. — Supprimir a acção do agente toxico pela *renuncia á profissão*, é o unico meio efficaz de combater a doença.

Os accidentes agudos serão tratados pelos processos de eliminação, nomeadamente pelos *sudorificos*, e pelos *banhos muito quentes*. Os *iodetos* prestam grandes serviços. Os *tonicos* deverão sempre empregar-se. Uma severa hygiene deve ser mantida.

Os casos que se acompanham de confusão agitada podem reclamar o *isolamento* do doente.

THYROIDEÏSMO

Psychoses thyroideias; psychoses thyroigénes (Kraepelin)

Definição e variedades. — Designamos pelo nome de thyroideïsmo o conjuncto das affecções psychosomaticas dependentes de lesões do corpo ou apparelho thyroideo, anatomicamente formado pelas glandulas thyroideia e parathyroideias.

Parece uma noção definitivamente conquistada para a sciencia que, d'estas glandulas, a *thyroideia* exerce no organismo uma *acção trophica*, ao passo que as *parathyroideias*, em numero de quatro, duas internas e duas externas, representam um *papel antitoxico* (Vassale). De facto, experiencias feitas sobre animaes e a observação do que se passa na especie humana em seguida a intervenções cirurgicas revelam que a extirpação isolada da thyroideia produz cachexia chronica e mixedema, emquanto que a exclusiva extirpação das parathyroideias conduz a uma tetania mortal.

Assim, n'um ponto de vista puramente nosologico, deveriamos talvez distinguir e descrever em separado uma psychose thyroideia e uma psychose parathyroideia. Todavia, como na pratica as lesões d'estas glandulas não apparecem sempre isoladas, mas por vezes associadas em maior ou menor extensão, dando logar a casos toxico-dystrophicos, preferimos seguir um criterio clinico, e, tomando o corpo thyroideo na sua totalidade, descrever as doenças que dependem das suas lesões atrophicas e hypertrophicas.

No thyroideïsmo reconhecemos, pois, como fazem geralmente os que se occupam d'este assumpto, duas modalidades: *hypo* e *hyper* thyroideïsmo, segundo existe *atrophia* ou *hypertrophia* do corpo thyroideo. Depois, como variedades do hypothyroideïsmo, descreveremos o cretinismo e o myxedema nos seus diversos aspectos, e,

como expressão do hyperthyroideïsmo, a doença de Basedow.

E' o que o quadro seguinte indica:

Thyroideïsmo	Hypo	Cretinismo	endemico
		—	esporadico
		Myxedema	espontaneo dos adultos
		—	operatorio
	Hyper — Doença de Basedow		

A despeito da sua séde commum, as lesões thyroideias são não só muito differentes em natureza e extensão, mas tributarias de factores causaes variados, d'onde resulta que as variedades do thyroideïsmo têm uma etiologia, uma symptomatologia, uma evolução, um prognostico, uma anatomia pathologica e um tratamento privativos, de que só nos poderemos occupar a proposito de cada uma.

I. — HYPOTHYROIDEÏSMO

Psychoses myxedematosas

I. — Cretinismo endemico

Definição. — E' uma variedade hypothyroideia caracterisada por tres ordens de syndromas: *suspensão de desenvolvimento psychosomatico*, especiaes *deformações esqueleticas* e *cachexia myxedematosa*.

Etiologia. — Aqui, como em todas as fórmas de hypothyroideïsmo, a causa proxima, directa e *especifica* é a mais ou menos profunda *atrophia* do corpo thyroideo ou, mais precisamente, do seu tecido glandular, do seu parenchyma.

Mas qual é, por seu turno, o factor, se um só existe, d'esta atrophia? Tudo quanto com segurança podemos affirmar é que este factor tem um caracter essencialmente *regional*, que á doença imprime uma feição endemica. Qual elle seja, porém, não o sabemos com certeza.

A *altitude*, outr'ora incriminada, está fóra de discussão, porque, se o cretinismo endemico se observa, como n'alguns valles do Hymalaia, a 2 e 3 mil metros, elle reina tambem, como nas visinhanças do Strasburgo, a 140 metros apenas do nivel do mar (Tanzi).

A *humidade* e *escassez de sol*, tambem invocadas como causas, não o são, porque o cretinismo se observa no valle de Aosta, largamente aberto ao meio-dia.

As *aguas* foram sempre incriminadas, havendo na Suissa allemã e na Italia, nascentes que o povo denomina *fontes da papeira* (Kropfbrunen, sorgenti del gozzo). E numerosas observações e experiencias justificam esta opinião tradicional. Com effeito, na Saboya, onde ha duas aldeias, apenas distanciadas de 800 metros, San Bon, indemne de cretinismo, e Borel, profundamente castigada por elle, bastou que da primeira se canalisasse a agua potavel para a segunda para que n'esta a doença se extinguisse. Por outro lado, Lustic poude em Turim affectar de bocio cavallos e cães, fazendo-os beber exclusivamente agua transportada de Aosta.

Mas qual é na agua o elemento a incriminar? Parece que elle não é de natureza mineral, porquanto se tem notado que aguas de composição chimica perfeitamente identica dão ou deixam de dar o cretinismo. A hypothese mais provavel é a que responsabilisa do mal um agente organico ou organisado (theoria miasmatica). Esta hypothese, que já Morel sustentára e a que dá toda a verosimilhança o facto de ter diminuido muito o cretinismo de certas regiões pela simples cultura intensa de um solo rico de humus, parece receber uma confirmação de Lustic e Carle, que nas aguas de Aosta isolaram microorganismos especiaes (Agostini).

Symptomatologia. — Estudaremos successivamente os symptomas somaticos e psychicos.

SYMPTOMAS SOMATICOS. — São os mais evidentes e mais caracteristicos.

A suspensão do desenvolvimento physico revela-se predominantemente no systema osseo pelo *nanismo*, que em proporções variaveis affecta todos os cretinos.

A *cabeça* é, relativamente ao resto do corpo, *volumosa* e redonda ou de typo *brachycephalo*, o que se explica pela sutura precoce da symphise espheno-occipital, que tambem determina uma constante *depressão da raiz do nariz*.

Os *ossos dos membros* são *curtos* e grossos. A *escholiose*, a *cyphose* e a *cyphoescholiose* observam-se frequentemente.

As *alterações dos tegumentos* offerecem uma feição *myxedematosa*. A *pelle* é *espessa*, de côr *pallida* ou *amarellada*, sempre *rugosa* na face, mas menos consistente do que no myxedema expontaneo ou operatorio dos adultos (Tanzi); ás vezes é mesmo flacida e disposta em pregas. A *região frontal*, as *palpebras*, os *angulos externos dos olhos* e as *faces* são cheios de *sulcos*. A *bocca* é *larga* e o *beiço inferior* muito *grosso*.

Recordando que o nariz é chato, largo, trilobado na ponta, de concavidade externa, que as faces são largas e as regiões zygmaticas proeminentes, teremos dado uma ideia da physionomia envelhecida dos cretinos.

As *anomalias dentarias* consistem na permanencia dos dentes do leite até aos vinte annos e na difficuldade com que rompem, se chegam a romper, os da segunda camada. De resto, os dentes são *irregulares* e frequentemente *cariados*.

O *pescoço* é largo; n'um terço dos casos de cretinismo observa-se uma *papeira* ou um *bocio* mais ou menos volumoso. E' todavia para notar que não existe uma relação constante entre o bocio e o cretinismo, porque ha cretinos sem bocio e portadores de bocio que não são cretinos.

A proposito da anatomia pathologica explicaremos este facto.

Os *orgãos sexuaes* offerecem um desenvolvimento tardio e, nas fórmas graves do cretinismo, permanacem *rudimentares;* por sua vez, o *instincto genésico* é *frouxo* ou não existe. A *escassez das menstruações* e a *amnorrheia* observam-se frequentemente. Uma sexualidade normal é rara no cretinismo e só se encontra nos casos leves.

Na esphera sensorial, observa-se com frequencia a *cegueira* e, sobretudo, a *surdez*, provavelmente devida a alterações do ouvido interno por anomalia da evolução ossea.

Todas as funcções de ordem nutritiva se executam com lentidão nos cretinos: o *pulso* é *tardo*, a respiração superficial e *pouco activa*, as *secreções* são *parcas* ou *deficientes* e as *trocas nutritivas* eminentemente *torpidas*.

Symptomas psychicos. — Como na esphera somatica, a deficiencia é na ordem mental a nota caracteristica do cretinismo; psychicamente, como physicamente, os cretinos são sêres *atardados* ou debeis. Ha graus, porém, n'esta deficiencia mental, como os ha na deficiencia organica, podendo estes doentes repartir-se em tres cathegorias: os verdadeiros cretinos, os semi-cretinos e os cretinoides (Wenzel).

Os *verdadeiros cretinos* são *idiotas*, não fallam e offerecem no mais alto grau as anomalias somaticas do hypothyroideïsmo.

Os *semi-cretinos* são *fracos de espirito*, dispõem de uma linguagem muito incompleta, muito imperfeita e apresentam ainda, bem pronunciados, os symptomas physicos da dystrophia thyroideia.

Os *cretinoides* têm uma *intelligencia mediocre*, uma estatura subnormal e menos pronunciado que os anteriores o habito myxedematoso. Podendo occupar-se em misteres subalternos, são ainda, contrariamente aos das duas primeiras cathegorias, creaturas utilisaveis ou pequenos valores sociaes. Entretanto, a *apathia*, a *preguiça* e a *somno-*

lencia são notas caracteristicas da mentalidade cretinoide, ainda nos seus melhores exemplares.

Evolução.— E' raro que os caracteres do cretinismo se observem ao nascer; em regra, é só depois do aleitamento que o habito cretino começa a desenhar-se.

Entregue a si mesmo, o cretinismo evoluciona para a cachexia.

Prognostico.— O que acabamos de dizer, denuncía a extrema gravidade do cretinismo, quer se trate de individuos isolados, quer se trate da geração. O cretinismo hereditario constitue uma degenerescencia, que liquída pela esterilidade.

Entretanto, porque é susceptivel de um tratamento prophylatico e curativo, de que adiante nos occuparemos, o cretinismo comporta um *prognostico* muito *menos grave* que a idiotia e a imbecilidade, irremediaveis e fechadas a toda a esperança.

Anatomia pathologica.—Do lado dos centros nervosos, o cretinismo tem sido pouco estudado. *Espessamento da dura-mater*, mais ou menos pronunciado *hydrocephalo interno*, maior ou menor *simplificação das circumvoluções* e uma certa *reducção de volume total*, eis o que se tem observado da parte do cerebro. Os estudos microscopicos faltam.

Do lado do corpo thyroideo tem-se notado sempre uma *atrophia* ou uma *degenerescencia do tecido glandular*, com ou sem *hyperplasia do tecido connectivo*.

A atrophia ou a degenerescencia do parenchyma thyroideo é bastante para determinar o cretinismo; e d'aqui vem que em dois terços dos casos se não observa papeira ou *bocio*. Este é constituido á custa de uma proliferação excessiva do tecido conjunctivo, que só se realisa n'um terço dos casos da doença.

Natureza e pathogenia. — O cretinismo é incontestavelmente a expressão de um *processo dystrophico* geral, cujo ponto de partida reside na atrophia ou degenerescencia do parenchyma thyroideo.

As relações entre o cretinismo e a papeira não estão bem definidas. Sabe-se que ha regiões em que a papeira é endemica, mas desacompanhada de cretinismo, como se sabe que dois terços dos cretinos não offerecem bocio; e d'estas noções se partiu para negar a existencia de um nexo pathogenico entre a papeira e o cretinismo. Mas, por outro lado, sabe-se tambem que a entrada da papeira em certas regiões tem sido seguida, á distancia d'annos, pela apparição do cretinismo. Tanzi interpreta os factos, admittindo que os dois males, papeira e cretinismo, reconhecem uma causa identica; sómente, essa causa poderia actuar *levemente*, determinando apenas o *bocio*, ou *pesadamente*, determinando o *cretinismo*, acompanhado ou não de papeira.

Este modo de vêr parece-nos inteiramente verosimil.

O que são, com effeito, o bocio e o cretinismo? Em face da anatomia pathologica, o bocio póde representar apenas uma hyperplasia do tecido conjunctivo da thyroideia; o cretinismo, esse, representa sempre uma atrophia ou uma degenerescencia do parenchyma, do tecido glandular. Ora, nada se oppõe a que uma dada causa origine e determine em primeiro logar uma lesão conjunctiva que não é bastante para annullar ou mesmo para depreciar muito sensivelmente a funcção thyroideia (casos de papeira sem cretinismo), mas que, proseguindo e estendendo-se, acaba por destruir o parenchyma e com elle a actividade glandular (casos de papeira com cretinismo); e nada se oppõe tambem a que a mesma causa, principiando por atacar o parenchyma, determine a sua atrophia ou a sua degenerescencia, sem determinar uma hyperplasia conjunctiva (casos de cretinismo sem papeira).

Quanto á *hereditariedade* similar póde dizer-se que

ella representa um *papel importante*, mas de modo algum essencial na génese do cretinismo. Com effeito, um filho de cretinos é, por este simples facto, um predisposto á acção das causas pathogénes da endemia, porque é um fraco, um organismo sem resistencias; mas, se nasce n'um meio são, escapará á doença, cujos primeiros symptomas, como foi dito, só surgem no fim da lactação. Ao contrario, um filho de paes saudaveis, se nascido n'um meio cretinogéne, será necessariamente affectado.

A supremacia das causas exogénes sobre as endogénes, é aqui perfeitamente indiscutivel.

Diagnostico. — Repousa sobre a symptomatologia descripta e sobre os dados etiologicos. Só no desconhecimento d'estes póde um caso de cretinismo endemico ser tomado por qualquer outra fórma de hypothyroideïsmo.

Tratamento. — No combate contra o cretinismo endemico a *prophylaxia* é tudo, como facilmente se comprehende, dadas as noções causaes que estudámos.

O tratamento *curativo* pela glandula thyroideia, de que fallaremos adiante, tem sido empregado com resultados variaveis: inefficaz na maioria dos casos, produz algumas vezes effeitos surprehendentes.

II. — Cretinismo esporádico

Myxedema infantil; idiotia cretinoide; idiotia myxedematosa; pachydermia cretinoide; idiotia com cachexia pachydermica

Definição. — E' uma fórma de hypothyroideïsmo, analoga pelos symptomas ao cretinismo endemico, mas realisando-se em individuos isolados, filhos de paes não cretinos e nascidos em meios não cretinogénes. O cretinismo esporadico não tem mesmo um caracter familial; representa sempre um caso isolado.

Etiologia. — Aqui, como no cretinismo endemico e, de um modo geral, em todas as psychoses myxedematosas, a causa immediata, directa e especifica é uma lesão atrophica ou degenerativa da thyroideia.

Esta lesão é *precoce*, reportando-se ás vezes á vida intra-uterina; e as suas determinantes habituaes são as *infecções infantis* (exanthemas, tosse convulsa, erysipela, rheumatismo articular) e as *intoxicações e infecções chronicas dos paes* (alcoolismo, pellagra, syphilis).

A edade em que se reconhecem os signaes caracteristicos da doença é variavel.

Symptomatologia. — Como fizemos para o cretinismo endemico, estudaremos successivamente os symptomas d'ordem physica e mental.

SYMPTOMAS SOMATICOS. — São fundamentalmente os mesmos que descrevemos na fórma endemica. Mas alguns são mais accentuados, o que se explica notando que, emquanto no cretinismo endemico a insufficiencia thyroideia se manifesta progressiva mas lentamente, no esporadico ella accentua-se de um modo brusco, suspendendo toda a evolução individual no ponto em que a encontrou (Tanzi). Por outros termos: o cretinismo endemico é um *hypothyroideïsmo;* o esporadico, um verdadeiro *athyroideïsmo*. D'aqui resulta, por exemplo, que o *nanismo* e o *infantilismo* acompanhem mais frequente e accentuadamente o cretinismo esporadico do que o endemico.

Pelo que respeita ao systema osseo, observam-se no cretinismo esporadico, do mesmo modo que no endemico, alterações que têm sido lançadas á conta de rachitismo. Tanzi, porém, muito justificadamente faz notar que se não trata de um verdadeiro rachitismo em qualquer dos casos. Se a pequenez dos ossos fosse devida, como se tem supposto, á precoce soldadura epiphysaria, o seu desenvolvimento em extensão sería radicalmente impossi-

vel; ora a verdade é que sob a influencia da opotherapia thyroideia os ossos crescem *sempre* nos casos de cretinismo esporadico e *algumas vezes*, pelo menos, como o demonstram as observações de Wagner, em casos de cretinismo endemico. Assim, de um *falso rachitismo* se trata *seguramente* no myxedema infantil e *provavelmente* no cretinismo endemico.

A persistencia dos caracteres infantis no cretinismo esporadico é um facto que impressiona sempre. O panniculo adiposo é por toda a parte abundante e fórma ao nivel das claviculas duas sortes de coxins, os *lypomas supraclaviculares;* a face é redonda, lunar; os braços, as coxas e as pernas são grossos, em *regueifas*, como os das creanças de mama; o abdomen é proeminente; os orgãos sexuaes são apenas esboçados; os cabellos raros e os pellos ausentes. A lingua, de ordinario grossa, mantem-se projectada fóra da bocca, o que frisa mais ainda a similhança entre o cretino esporadico e a creança. Assim, por vezes são perfeitamente synonimas as expressões *myxedema infantil* e *infantilismo myxedematoso* (Brissaud).

Pelo que respeita aos tegumentos, o myxedema, sempre presente, póde ser muito caracteristico ou fruste. Na maioria dos casos é mais notavel que no cretinismo endemico; todavia, sob este ponto de vista a differenciação é impossivel, porque todos os graus de myxedema se podem observar.

No cretinismo esporadico observam-se frequentemente *convulsões*, facto que, se nos reportarmos aos dados experimentaes, deve ser explicado pelo compromisso das glandulas parathyroideias, attingidas como a thyroideia pelo processo atrophico.

Symptomas psychicos. — Sob o ponto de vista mental póde dizer-se que ha aqui logar para uma classificação analoga á feita para os cretinos endemicos, por isso que

se observam casos de *completa idiotia alala*, casos de mais ou menos accentuada *fraqueza de espirito* com ou sem perturbações da linguagem e mesmo casos que se approximam da normalidade psychica. Esta diversidade procede provavelmente em grande parte da edade em que o myxedema se accentua: quanto mais cedo este facto se realisar mais compromettidas serão as funcções mentaes, por menos desenvolvidas.

Evolução e prognostico.— Dependem, como logo veremos, da intervenção ou não intervenção do tratamento opotherapico.

Anatomia pathologica.— O encephalo é relativamente volumoso e pesado, não offerecendo lesões macroscopicas dignas de nota. Mas as cellulas do cortex são mais pequenas que as dos cerebros normaes e pouco differenciadas (Agostini, Tanzi); e o systema de associações subcorticaes offerece indicios de suspensão evolutiva (Muratow). Ao contrario, a nevroglia encontra-se hypertrophiada.

As autopsias revelam atrophia completa da glandula thyroideia. Chiari e Mareschi observaram dois casos nitidos de ausencia da thyroideia com presença das parathyroideias.

Diagnostico.— Procurou basear-se o diagnostico differencial entre o cretinismo endemico e o esporadico, dizendo que no primeiro, ao contrario do que succede no segundo, se observam: synosthose precoce, ausencia de myxedema, marcha excessivamente lenta, longa duração da vida e falta de reacção ao tratamento thyroideo. D'estes fundamentos são absolutamente illusorios, como se infere do que deixamos dito, a precocidade das synosthoses, a falta de myxedema e a ausencia de reacção ao tratamento opotherapico no cretinismo endemico. A mais longa duração da vida e a marcha mais lenta da doença nos cretinos

endemicos do que nos esporadicos, são factos incontestaveis, que naturalmente se explicam recordando que no cretinismo endemico a lesão thyroideia se estabelece devagar e progressivamente, não chegando talvez a invadir toda a glandula, ao passo que no esporadico ella surge bruscamente e, como o demonstram as autopsias, destróe completamente o tecido parenchymatoso do orgão e, portanto, a sua funcção (Tanzi); todavia, estes caracteres differenciaes de evolução são inaproveitaveis para um diagnostico individual.

A verdadeira base d'este diagnostico reside nos *anamnesticos*.

Tratamento.— E' no myxedema infantil que a opotherapia thyroideia dá os mais brilhantes e seguros resultados.

Desde que o tratamento se inicia, observa-se uma sobreactividade cardiaca e respiratoria, que naturalmente implica elevação da temperatura, augmento da secreção urinaria e exagero do appetite e da sêde. Logo depois e pouco a pouco o myxedema attenua-se e o peso do corpo diminue. O tecido adiposo funde, os musculos começam a desenhar-se, a pelle adelgaça-se, a physionomia anima-se e a estatura augmenta. A queda dos dentes do leite e o rompimento dos permanentes são tambem factos precoces. A ossificação progride, como o demontram successivas e periodicas observações radiographicas. O cabello torna-se mais espesso; e nas axillas e no pubis surgem os pellos. Mais tarde o peso, que ao principio diminuira na medida em que a gordura desapparecia e o myxedema se attenuava, augmenta á proporção que os ossos crescem e as massas musculares se accentuam.

São menos consideraveis os resultados pelo que respeita ao apparelho sexual e á mentalidade.

Certamente, o penis augmenta de volume e os testiculos descem ao escroto; no emtanto, «uma verdadeira e completa puberdade nunca se obteve até hoje» (Tanzi).

Decerto, a mentalidade experimenta modificações favoraveis: o torpor desapparece; cretinos alalos conseguem aprender a fallar; e os que possuiam uma linguagem antes do tratamento, enriquecem o seu vocabulario e aperfeiçoam a sua pronuncia. Mas todas estas acquisições ficam sempre muito áquem do desenvolvimento somatico.

De resto, facilmente se comprehende que os resultados physicos e psychicos da opotherapia thyroideia variem com a edade e com o gráo de fraqueza mental do doente á época de iniciar-se a intervenção medica.

O mais seguro processo de tratamento é o que consiste em fazer ingerir a glandula crua. Todavia, tem dois inconvenientes, nem sempre superaveis, este processo: ha doentes a quem elle repugna, e ha regiões em que não é possivel obter todos os dias uma glandula fresca. Por isso se empregam geralmente preparados seccos da thyroideia, por exemplo as pastilhas da casa Bourraugs Wellcome, de Londres, ou da casa Merck, de Darmestadt, que são certamente excellentes. Ha ainda um salame de thyroideia, da invenção de Vassale, que Tanzi considera tão efficaz como a glandula fresca e que, conservando-se longo tempo como as pastilhas, é de gosto agradavel.

As doses variam entre 5 e 25 centigrammas.

E' preciso manejar com extremo cuidado a thyroideia, vendo todos os dias os doentes a quem esta substancia se ministra. Muito activa, ella póde, com effeito, conduzir ao hyperthyroideïsmo, de que adiante nos occuparemos, descrevendo a doença de Basedow.

III. — Myxedema expontaneo dos adultos

Cachexia pachydermica (Charcot)

Definição. — E' uma fórma de hypothyroideïsmo, resultando da acção de causas toxicas ou infecciosas sobre individuos que ultrapassaram a adolescencia.

Etiologia. — O *sexo* e a *edade* têm um importante papel indirecto na génese d'esta variedade myxedematosa, que só se observa na maturidade e é preponderante nas mulheres (mais de $^3/_4$ dos casos), sobretudo na época da menopause. Gull, que primeiro estudou esta fórma de hypothyroideïsmo (1873), descreveu-a sob a designação de *estado cretinoide das mulheres adultas.*

As *doenças infecciosas agudas*, a *syphilis*, a *tuberculose*, a *pellagra*, os *tumores* e *abcessos* do corpo thyroideo e as repetidas *metrorrhagias* são apontados como causas remotas d'esta doença, que algumas vezes se tem observado em seguida ao desapparecimento de um *bocio exophtalmico.*

A causa directa e immediata é sempre uma *atrophia da thyroideia.*

Symptomatologia. — N'esta, como em todas as fórmas do myxedema, observam-se symptomas physicos e mentaes.

Symptomas somaticos. — O *myxedema*, accentuado sobretudo na face, nos braços, no abdomen e nas mãos, consiste n'uma tumefacção progressiva, dura e indolente dos tecidos cutaneo e subcutaneo. As *mucosas* fazem-se *tumidas*, de sorte que as cavidades nasaes se estreitam; a *lingua* e as *gengivas engrossam*, tornando-se a palavra difficil; e, por tumefacção provavel da mucosa laryngea (Tanzi), a *voz* torna-se *aspera.*

Os *cabellos* tornam-se *aridos* e cáem; e o mesmo acontece aos *pellos* de todo o corpo; as *unhas* quebram facilmente; os *dentes* alteram-se e *partem.*

A pelle e as mucosas anemiam-se e as *menstruações* tornam-se *raras* ou faltam. A *excreção da ureia diminue* e a *temperatura baixa* do 1.° c. ou mais (Agostini, Tanzi).

Accidentes nervosos acompanham a evolução da doença. As funcções vasomotoras executam-se mal, d'onde a

suppressão do suor. Um accentuado *torpôr*, denunciado por *somnolencia* e *lentidão dos movimentos*, é symptoma que constantemente se observa como nota caracteristica. São frequentes a *cephaleia*, as *dôres nas extremidades e ao longo da columna vertebral*, as sensações de *descargas electricas*, de *formigueiro* e de *prurido nos membros*. Em alguns casos observam-se um *tremulo* mais ou menos accentuado, *tetania* e *convulsões epileptiformes*. Estes ultimos symptomas, se nos reportarmos á physiologia experimental do corpo thyroideo, parecem indicar que o processo atrophico invadiu as glandulas parathyroideias.

SYMPTOMAS PSYCHICOS. — Do lado mental observa-se constantemente um progressivo abaixamento de nivel: as *percepções* tornam-se *morosas*, a *attenção* muito *difficil* e *fatigavel*, a *memoria* excessivamente *tarda* e *infiel*. Trata-se todavia, não de uma verdadeira demencia, mas de uma *pseudo-demencia*, porque todos estes symptomas podem desapparecer sob a influencia do tratamento thyroideo.

Em alguns casos (certamente aquelles em que as parathyroideias são interessadas) póde observar-se o quadro clinico da *confusão mental delirante* (loucura myxedematosa, de Pillz).

Evolução e Prognostico. — A *marcha* da doença, desde que não ha intervenção opotherapica, é *progressiva* e faz-se no sentido de uma *cachexia mortal;* mas, se o tratamento thyroideo se applica, ella torna-se *regressiva* e faz-se no sentido da *cura*.

Assim, o *prognostico* póde considerar-se *benigno*.

Diagnostico e tratamento. — O reconhecimento da doença não póde offerecer difficuldades desde que se conjugam os dados symptomaticos com os etiologicos.

Quanto ao tratamento, inutil será dizer que reside

fundamentalmente na *applicação da substancia thyroideia* por qualquer dos processos mencionados a proposito do myxedema infantil. Claro está que em certos casos (syphilis, abcessos ou tumores do corpo thyroideo), importa fazer antes de tudo um tratamento causal, medico au cirurgico, atacando a affecção que ameaça destruir o corpo thyroideo (Weigandt). No emtanto, mesmo n'estes casos a opotherapia terá de ser ulteriormente empregada para remediar os effeitos da insufficiencia thyroideia.

IV. — Myxedema operatorio dos adultos

Cachexia strumipriva

Definição — E' um *a* ou *hypothyroideïsmo*, artificialmente creado pela ablação total ou parcial do corpo thyroideo.

Etiologia. — A causa d'esta variedade myxedematosa é sempre, como o seu nome indica, uma intervenção cirurgica: a *extirpação de um bocio.*

Symptomatologia. — E', no fundo, a mesma do myxedema expontaneo; mas a sua feição preponderantemente *dystrophica* ou *toxica* e a sua *intensidade* dependem, como facilmente se percebe, da extensão maior ou menor do tecido glandular extirpado. Assim, se a intervenção operatoria incide exclusivamente sobre a thyroideia ou sobre parte d'ella, observaremos os symptomas, mais ou menos accusados, de hypothyroideïsmo, que são constantes em todas as variedades myxedematosas; se a intervenção operatoria interessou tambem uma parte das parathyroideias, observaremos, ao lado dos phenomenos dystrophicos de myxedema e de cachexia, symptomas toxicos de tetania; emfim, se a operação incide sobre todo o corpo thyroideo, interessando todas as glandulas que o formam,

assistiremos ao desdobramento do quadro toxico de uma confusão mental sobreaguda, rapidamente mortal.

Evolução e prognostico. — Dependem da symptomatologia observada, que, por sua vez, procede, como acabamos de vêr, da amplitude maior ou menor da intervenção operatoria.

A extirpação do bocio, que em tempo se fez com relativa frequencia, está hoje quasi abandonada; e quando se faz, ha sempre o cuidado de poupar uma parte do parenchyma thyroideo. Assim, o myxedema operatorio é cada vez mais raro e menos grave. Os casos de tetania mortal só excepcionalmente se observam.

Tratamento. — Consiste, como em todas as outras variedades de myxedema, na *administração da substancia thyroideia.*

II. — HYPERTHYROIDEÏSMO

Doença de Basedow

Bocio exophtalmico

Definição. — Umas vezes doença, outras simples syndroma (como na pellagra, na paralysia geral e n'outras neuropathias), o mal de Basedow constitue a expressão clinica do hyperthyroideïsmo.

O nome de *bocio exophtalmico,* dado tembem a esta affecção, é menos proprio, porque nos casos frustes, sem duvida os mais numerosos, ella não offerece nem papeira, nem exophtalmia.

Symptomatologia. — Por duas ordens de phenomenos, somaticos e psychicos, se manifesta a doença de Basedow.

SYMPTOMAS SOMATICOS. — A affecção revela-se quando

completa, por quatro symptomas capitaes: o *bocio* ou papeira, a *exophtalmia*, a *tachycardia* e o *tremulo*. Os dois ultimos, comquanto menos apparentes, são os de mais importancia, porque sem elles não ha mal de Basedow, ao passo que a affecção se apresenta na maioria dos casos sem os primeiros.

O *tremulo é fino*, de *vibrações rapidas* e *geral*, como facilmente se verifica, pousando a mão sobre o hombro do doente. A *papeira* ou bocio, a *exophtalmia* ou procidencia dos globulos occulares e a *tachycardia* ou frequencia extrema do pulso, são symptomas inconfundiveis, que basta mencionar.

Como phenomenos secundarios, mas que, conjugados com o tremulo e a tachycardia, conduzem ao diagnostico, observam-se: os *suores profusos*, a *dyarrheia*, a *insomnia*, a *tosse secca*, a *angustia precordial* e a *diminuição da resistencia electrica*.

No sexo feminino é vulgar a associação do basedowismo com a *hysteria*.

Symptomas psychicos. — São de duas ordens: os *habituaes*, que constituem o estado mental proprio dos basedowicos, e os *transitorios* que surgem episodicamente e offerecem uma evolução aguda.

Entre os primeiros figuram a *inquietação anciosa*, a *perda de memoria* e a *indecisão*.

O basedowico é sempre um individuo em equilibrio instavel, desasocegado, medroso, mais ou menos amnesico e grandemente perplexo, obsessivo. O trabalho é-lhe penoso, e quasi sempre improductivo. O commercio social com esta ordem de doentes é difficil.

Interrompendo este estado psychico habitual, podem romper phenomenos de excitação, de depressão, allucinações, delirios variaveis, que têm sido lançados á conta da mania e da melancolia, ainda que na realidade compõem o quadro clinico da *confusão mental*.

Pathogenia. — A identidade do basedowismo e do hyperthyroideïsmo (Pierre Marie, Tanzi) é indiscutivel em face dos seguintes factos:

Os symptomas do basedowismo são oppostos aos do myxedema expontaneo, expressão provada do hypothyroideïsmo;

em muitos casos o myxedema succede ao basedowismo quando a atrophia do corpo thyroideo sobrevem;

a applicação da substancia thyroideia aos basedowicos aggrava-lhes a doença;

o exagero nas doses de substancia thyroideia a individuos sãos (adiposos) provoca n'elles o quadro clinico do basedowismo;

emfim, os unicos successos therapeuticos obtidos no tratamento do basedowismo, derivam, como vamos vêr, da doutrina que reputa este mal uma expressão de hyperthyroideïsmo.

A presença de symptomas de ordem toxica leva a crêr que no basedowismo as glandulas parathyroideias são interessadas. A sua insufficiencia seria, segundo Walter Edmunds, a causa inicial da doença; a hyperthrophia da thyroideia seria um facto secundario.

Tratamento.—A therapeutica symptomatica exclusivamente empregada durante muitos annos e consistindo na administração de brometos, de iodetos, de reguladores cardiacos, nunca deu resultados dignos de nota. A therapeutica cirurgica foi egualmente pouco benefica; os seus insuccessos foram tantos que hoje está quasi abandonada.

Resultados curativos, só os obtiveram até hoje em alguns casos Burghardt, administrando aos seus doentes *sangue de myxedematosos*, Lanz, prescrevendo *leite de cabras a que previamente extirpava a thyroideia*, e Möbius ministrando *sôro de carneiros* nas mesmas condições.

CAPITULO III

CEREBROPSYCHOPATHIAS

Fazem parte d'este grupo as doenças mentaes ligadas a lesões do cerebro, apreciaveis e bem determinadas.

Como no grupo antecedente, as causas exogénes predominam aqui, ainda que menos consideravelmente, sobre as endogénes. Mas o que sobretudo caracterisa as cerebropsychopathias é a existencia indiscutivel de um substracto anatomico preciso.

Na constituição d'este grupo concorre, pois, o criterio anatomopathologico.

DEMENCIA PARALYTICA

Paralysia geral; paralysia geral dos alienados: paralysia geral progressiva; loucura paralytica; meningoencephalite chronica; encephalite chronica intersticial diffusa.

Definição e variedades.— E', na sua fórma essencial, uma psychopathia tributaria de lesões inflammatorias meningoencephalicas, de que procedem caracteristicas *perturbações motoras* e uma *diminuição global e progressiva de toda a mentalidade.*

Comquanto não sejam necessarios á constituição da doença, que os syndromas motor e demencial bastam a definir (demencia paralytica), *delirios* expansivos, depres-

sivos, de fórmas alternas, confusionaes e paranoides observam-se n'um consideravel numero de casos (paralysia geral delirante).

A presença de certas complicações d'ordem somatica (ictos congestivos, crises epileptiformes) e particulares condições etiologicas (hereditariedade vesanica, alcoolismo) podem influir na marcha da psychose, desviando-a da chronicidade e continuidade typicas da fórma simples ou descomplicada (paralysia geral sobreaguda, aguda e remittente).

Etiologia. — A *hereditariedade congestiva* exerce incontestavelmente um importante papel na génese d'esta psychopathia, por isso que são frequentes os casos em que ella apparece nos descendentes de individuos feridos de fluxões, hemorrhagias e inflammações cerebraes. Segundo Baillarger, a hereditariedade congestiva, por si só, daria logar á forma descomplicada e simples da paralysia geral, sendo as fórmas delirantes o producto da combinação ou convergencia das hereditariedades congestiva e vesanica; os factos, porém, estão muito longe de apoiar esta affirmação.

Ball e Régis, estudando as familias de um consideravel numero de paralyticos geraes, encontraram frequentemente a *longevidade* ancestral; a nossa experiencia confirma o resultado a que chegaram os dois psychiatras.

A paralysia geral fere de preferencia o *sexo masculino*. A relação entre os paralyticos dos asylos teria sido de 7 homens para 1 mulher (Marcé, Ball); hoje, mercê do incremento da psychose no sexo feminino, essa relação é de 7 para 2 ou mesmo 3 (Weigandt). Nas casas de saude, reservadas ás classes ricas, o excesso dos homens sobre as mulheres é muito maior que nos asylos publicos, por isso que o sexo feminino é singularmente poupado pela doença n'estas classes.

E' sobretudo na *edade madura* que a demencia

paralytica se observa; os casos que precedem os 35 annos *(paralysia geral precoce ou juvenil)* e os que succedem aos 45 *(paralysia geral tardia ou senil)* são raros. Por isso a demencia paralytica é justamente considerada uma *psychopathia climaterica*, representando para a maturidade o papel que a demencia senil representa para a velhice e a demencia precoce para a juventude (Régis, Sérieux).

A demencia paralytica observa-se em todas as classes e profissões; todavia, o seu maximo de frequencia realisa-se na *burguezia* e nas *carreiras que demandam esforços de intelligencia na lucta pela vida*. Ha paizes, como a França e a Allemanha, em que a *classe militar* dá a esta psychopathia uma grande contribuição.

Alguns auctores têm pretendido que a *prostituição* é uma causa predisponente de certa importancia na paralysia geral das mulheres (Cullère); esta opinião, porém, tem sido contestada (Bianchi). A nossa observação pessoal de modo nenhum nos auctorisa a affirmar que o numero de prostitutas seja preponderante entre as paralyticas.

Na ordem das causas predisponentes cabe o papel mais importante aos *agentes toxicos e infecciosos*, entre os quaes o alcool e a syphilis occupam, pela sua extrema diffusão, os primeiros logares.

Da syphilis pretenderam alguns observadores fazer o *antecedente necessario* da encephalite diffusa, chegando a affirmar que «não será paralytico geral quem não tenha sido syphilitico» (Fournier, Möbius). Esta affirmação, em que os limites da experiencia clinica são manifestamente excedidos, não deixou nunca de ser contradictada; todavia ella conseguiu a maioria dos suffragios e teve uns annos de voga, como tudo o que é radical e simplista. Hoje, mercê de numerosos trabalhos criticos e estatisticos (Bianchi, Agostini, Greidenberg, Peterson), começa a desenhar-se contra o exagero da origem necessariamente syphilitica da paralysia geral, a doutrina de que todas

as infecções e todos os toxicos preparam o advento da psychopathia, sobretudo nos descendentes dos congestivos, diminuindo a resistencia da cellula cerebral á acção perturbadora das causas occasionaes. N'esta ordem de ideias, que adoptamos e que exporemos desenvolvidamente em outra publicação, a syphilis não teria uma acção especial na génese da demencia paralytica; e não representaria n'ella um mais largo papel do que qualquer outra infecção ou intoxicação senão porque a sua diffusão e transmissão hereditaria são as maiores. Entretanto, o alcool manteria um logar parallelo (Magnan, Knudt).

Como causas determinantes foram sempre notados os *traumatismos craneanos*, os *excessos sexuaes* e as prolongadas *emoções depressivas*.

Symptomatologia. — Como temos feito a proposito das outras psychoses, estudaremos successivamente os symptomas *constantes* e *episodicos* da demencia paralytica.

Symptomas constantes. — São de duas ordens: somaticos e psychicos.

Pertencem aos primeiros as perturbações motoras, sensitivas e trophicas; pertencem aos segundos as perturbações mentaes cuja reunião constitue a demencia.

Symptomas somaticos. — Na ordem physica, as *perturbações da motilidade* são as mais apparentes e as mais caracteristicas. As de natureza paralytica, embora tão importantes que d'ellas deriva o nome da doença, só se observam n'uma adiantada phase da sua evolução; pelo contrario, são precoces e por isso mesmo de um maior alcance diagnostico as incoordenações de movimento.

Os *tremulos* da paralysia geral são multiplos: observam-se nos musculos das azas do nariz, do labio superior, da lingua, da face, da maxilla inferior e das extremidades,

sobretudo das mãos. *Estes tremulos só têm logar por occasião dos movimentos voluntarios.* E' quando o doente faz esforços inspiratorios, quando falla, quando é convidado a projectar a lingua fóra das arcadas dentarias, a abrir largamente a bocca, a collocar os braços em extensão, afastando os dedos, ou a executar actos delicados, como o da escripta, que estes tremulos se observam. Na immobilidade cessam.

Estes tremulos, sobretudo os dos musculos da face e da lingua, são, de ordinario, muito precoces e concorrem á génese das perturbações da linguagem fallada, que um observador experimentado surprehende desde o periodo inicial da doença.

E' no momento em que o paralytico geral começa a fallar que se notam o *tremulo dos labios*, dos *musculos zygomaticos* e dos que movimentam as *azas do nariz*; estes tremulos são *vermiculares*. Da mesma natureza é o *tremulo superficial da lingua*, bem visivel quando o doente a projecta fóra da bocca e a mantem alguns instantes apoiada sobre a arcada dentaria inferior. Convidando-o successivamente a recolhel-a e a mostral-a, nota-se tambem frequentemente que estes movimentos são ataxicos, incoordenados. O desvio da lingua é ainda um phenomeno vulgar.

E' fazendo abrir repetidas vezes a bocca aos doentes que se observam movimentos incoordenados e *tremulos da mandibula*.

Para observar o *tremulo das mãos* convem pedir ao doente que colloque um braço na attitude de juramento, afastando os dedos. Nos casos em que o tremulo não é bem apreciavel por este modo, importa convidal-o a escrever ou, se não sabe fazel-o, a abotoar-se, a dar corda a um relogio, a enfiar uma linha por uma agulha; é na execução d'estes movimentos finos que o tremulo se accentúa.

Com estes tremulos coexistem *paresias* diversas. As

dos musculos innervados pelo facial são muitas vezes precoces; d'aqui a *ptose palpebral* e a *queda das commissuras labiaes*, dando á physionomia um ar parado e embrutecido.

Invadindo os membros inferiores, os tremulos e as paresias tornam anormal a *marcha* dos paralyticos, umas vezes incerta, ebriosa, outras vezes lenta, pesada ou mesmo ataxica. Fazendo marchar estes doentes e ordenando-lhes abruptamente que voltem á direita ou á esquerda, é raro não observar um certo grau de incoordenação nos primeiros passos que succedem á ordem recebida.

As *paralysias* marcam o final da psychopathia que estudamos. Se uma intercorrencia ou uma complicação não vêm libertar o doente no periodo de estado, é no leito, em completo marasmo, perdidos os movimentos voluntarios e a propria tonicidade dos musculos lisos, que elle acabará os seus dias, justificando plenamente a designação da doença a que succumbe.

As *perturbações da palavra fallada* são symptomas motores da maxima importancia diagnostica pela sua precocidade. Estas perturbações pertencem ao grupo das *dysarthrias* (Vid. pag. 112) e procedem de um alterado funccionamento dos musculos innervados pelo facial e hypoglosso. Um observador experimentado surprehende-as facilmente, conversando com o doente, embora ellas sejam no principio intermittentes. Para as pôr em relêvo, o melhor dos processos é convidar o paralytico a lêr; ao fim de pouco tempo a fadiga terá tornado a linguagem incomprehensivel pela juxtaposição de *hesitações*, de *empastamentos*, de *omissões* e *deslocamento* das syllabas, de *ataxias* na emissão dos sons. Se o doente não sabe lêr, convem obrigal-o a pronunciar phrases em que predominem vocabulos de som labial, lingual e dental, como estas: *Trinta e tres legionarios de artilheria* ou *Brilhantes brigadas polytechnicas e constitucionaes*.

As *perturbações da palavra escripta* têm uma importancia analoga ás da palavra fallada; e mesmo, porque

podem conservar-se, têm um particular valor medico-legal (Agostini). Emquanto symptomas de ordem exclusivamente motora, pertencem ao grupo das *dysgraphias* (Vid. pag. 107). No principio da doença, as alterações calligraphicas

Fig. 14. — Escripta paralytica (periodo inicial)

são ligeiras. Sem ter perdido a sua habitual physionomia, a escripta faz-se notar por *oscillações e desvios de inclinação* das lettras longas e pelas *angulosidades* das lettras curvas, o que está em relação com o tremulo e a in-

Fig. 15. — Escripta paralytica (periodo de estado)

coordenação incipiente dos movimentos da mão. Mais tarde, as lettras apparecem ora *excessivamente proximas*, acavalgadas, ora *muito distantes*, umas vezes pouco, outras muito *carregadas*, e sempre *dispostas obliqua e desordenadamente*, o que se explica pelo exagero do tremulo e da ataxia não só da mão, mas do antebraço; é então que o doente começa a romper o papel com a ponta da penna e a cobril-o de borrões de tinta. Por fim a escripta é apenas um *griffonnage inintelligivel* ou torna-se inteiramente impossivel (agraphia).

Fig. 16. — Escripta paralytica (periodo terminal)

Outras perturbações, essas, porém, de origem psychica e dependentes do estado demencial, caracterisam no periodo de estado a escripta paralytica: faltas de palavras nas phrases, de syllabas nas palavras, de lettras nas syllabas, e associações incomprehensiveis de vocabulos (amnesia, incoherencia).

Na Fig. 14 lê-se *Francis* em vez de *Francisco;* na Fig. 15 lê-se *Mare* em vez de *Maria;* 540 representa o numero d'annos que o doente (paralytico megalomano) diz ter; a Fig. 16 é um *griffonnage* illegivel com que o doente quiz traduzir o proprio nome de Manoel da Silva Paschoal.

As *perturbações dos reflexos*, consistindo em exageros, diminuições, ausencias ou desegualdades, quando se trata de musculos symetricos, são symptomas que sempre se observam no curso da demencia paralytica.

Do lado das *pupillas*, as perturbações reflexas sob a acção da luz traduzem-se por *myose* (estreitamento), *mydriase* (dilatação, paralysia), *rigidez e desegualdade* (normal uma pupilla, myotica ou em mydriase a outra). Este ultimo symptoma, já notado pelos antigos observadores, é o mais frequente, parecendo realisar-se n'um terço dos casos de paralysia geral.

Redlich, citado por Bianchi, notou algumas vezes que um olho não reage directamente á luz, mas offerece uma reacção consensual com o outro, que se comporta de maneira opposta. Temos verificado este symptoma, desde que o procuramos, n'um grande numero de casos.

A inversão do reflexo pupillar (dilatação á luz, estreitamento na obscuridade) foi observada em alguns casos (Raggi, Morselli).

O phenomeno de Argyll-Robertson (ausencia de reacção á luz, com persistencia do reflexo de accomodação) é dos symptomas mais communs na demencia paralytica.

Os *reflexos tendinosos* podem ser tambem exagerados, diminuidos, ausentes ou deseguaes em orgãos symetricos. O *reflexo patellar* ou rotuliano é na grande maioria dos

casos *exagerado*, ao menos nos periodos ascendente e de estado, podendo ir até ao *clono do pé* e á *trepidação da rotula*. A *diminuição* d'este reflexo observa-se algumas vezes no periodo terminal; a sua *ausencia* desde o começo da paralysia geral realisa-se de preferencia nos casos em que esta psychopathia coexiste com o *tabes*. O *reflexo do tendão d'Achilles* exagera-se frequentemente nos periodos ascencional e de estado da demencia paralytica. Este exagero está, como o do reflexo rotuliano, na dependencia de lesões do feixe pyramidal.

Os *reflexos cutaneos e das mucosas* são, em regra, diminuidos ou ausentes nos periodos de estado e terminal. Agostini, estudando os reflexos nos alienados, reconheceu que, de um modo geral, as lesões corticaes implicam na demencia paralytica um exagero dos tendinosos e um enfraquecimento dos cutaneos.

O *reflexo de Babinski* (flexão dorsal ou extensão do dedo grande do pé sob um ligeiro atricto da face plantar) abserva-se muitas vezes, sobretudo quando são interessados os feixes pyramidaes da medulla.

O *reflexo pharyngeo* altera-se invariavelmente no periodo terminal da demencia paralytica; d'aqui os accidentes, então frequentissimos e muito graves, de engasgamento e de passagem do bôlo alimentar nas vias aerias.

As *perturbações da sensibilidade* são, como as motoras, constantes na demencia paralytica, desde que as consideremos no seu conjuncto e tomemos a doença na sua inteira evolução.

A *hypoesthesia tactil*, a *hypoalgesia* e a *hypoesthesia thermica* observam-se com extrema frequencia no periodo de estado e algumas vezes mesmo no periodo inicial da demencia paralytica; na phase terminal constatam-se a anesthesia tactil e thermica e a analgesia.

Com a hypo e a analgesia coexistem muitas vezes hyperalgesias: cephaleia frontal e nevralgias do trigemeo.

Do lado da *vista* tem-se observado em alguns casos uma progressiva diminuição de acuidade, procedente da atrophia do nervo optico e podendo ir até á *amaurose*.

Do lado do *olfato* é muito frequente a perda de sensibilidade (*anosmia* uni ou bilateral); alguns auctores consideram este symptoma negativo um dos mais vulgares e mais precoces da demencia paralytica (Voisin).

Do lado do *gosto* tem-se observado tambem a falta de sensibilidade (*agueusia* uni ou bilateral).

A *diminuição do ouvido* é um facto vulgar.

Um phenomeno observado em alguns casos é a *analgesia cubital;* o choque e a compressão forte do nervo não provocam a minima impressão dolorosa.

As *dystrophias* e as *perturbações visceraes* não faltam nunca na demencia paralytica.

As *escharas* de compressão, os *otohematomas*, as *fracturas expontaneas*, o *mal perfurante*, a *emaciação*, as *atrophias musculares*, a *furunculose*, os *erythemas*, as *hemorrhagias cutaneas* e as *asphyxias locaes* são symptomas que não deixam de observar-se no periodo terminal da doença, pelo menos.

As *perturbações thermicas* não faltam, observando-se elevações bruscas de temperatura nos periodos ascendente e de estado, e hypothermia na ultima phase da doença.

O *sangue* offerece no periodo final uma constante e sensivel diminuição de globulos rubros, de hemoglobina e de lymphocitos.

O *liquido cephalorachydiano* apresenta durante toda a evolução da doença uma abundante lymphocitose. Este facto, posto em relevo por trabalhos de Widal, Sicard, Babinski e outros, é aproveitado no diagnostico precoce da paralysia geral (cytodiagnostico). O liquido cephalorachydiano póde conter tambem albumina e bacillos variados, como o pneumococo (Montesano) e o dypheteroide (Robertson). A sua toxicidade é sempre elevada, attingindo

o seu maximo em seguida aos ataques epileptiformes, de que fallaremos mais tarde.

As *perturbações digestivas* observam-se sempre. A falta de appetite, a lingua suja, o halito fetido e a constipação alternando com crises dyarrheicas, são phenomenos proprios dos primeiros periodos; a *voracidade* observa-se no periodo de estado. Com certas perturbações gastro-intestinaes coincidem as *alterações de peso*, que são muito sensiveis.

As *funcções renaes* executam-se mal. A hypoazoturia e a hypophosphaturia coincidindo com augmentos da secreção, observam-se frequentemente nas urinas dos paralyticos em periodo de estado. Marro notou nos primeiros periodos o augmento de phosphatos e Rivano a acetonuria. A albuminuria e a glycosuria apparecem menos vezes (Agostini).

O augmento dos phosphatos e da ureia e a elevação da toxicidade da urina paralytica observam-se sempre em seguida aos ataques apoplectiformes e epileptiformes, de que fallaremos adiante.

Bianchi descreveu como symptoma frequente na demencia paralytica uma *pneumonia da base*, que explica pela degenerescencia do vago e que passaria muitas vezes despercebida por falta de reacção febril e dolorosa.

As *funcções genitaes* elevam-se por vezes no periodo prodromico; depois, porém, diminuem até á impotencia.

Symptomas psychicos. — Comquanto muito variados, têm todos um fundo commum caracteristico: são phenomenos de *deficit* mental, revelações de um enfraquecimento irreparavel e continuo de todas as funcções superiores do cerebro, n'uma palavra, elementos constitutivos de uma *demencia* que chamamos *global*, porque é uma queda em massa da psychicidade, e *progressiva*, porque marcha para o definitivo silencio da vida superior de relação; de *primitiva* a poderemos

qualificar tambem, porque se observa desde o começo da doença e parallelamente ás suas primeiras manifestações somaticas, quando mesmo as não antecede.

Do lado intellectual, são symptomas do mais alto valor diagnostico as *perturbações da attenção*, que podem observar-se desde o periodo inicial da doença. Já então, com effeito, a attenção do doente é *superficial* e *diffusa*, o que se reconhece procurando fazel-a incidir sobre questões bem precisas e determinadas, como são as de arithmetica, por exemplo. Mais tarde, no periodo de estado, a attenção torna-se *instavel* e *facilmente exhaurivel;* nada consegue fixal-a durante um tempo apreciavel. D'esta deficiencia da attenção procede para o doente a impossibilidade de fixar os factos.

As *perturbações da memoria*, confinando com as da attenção e d'ellas dependendo em grande parte, não são menos importantes nem menos apreciaveis. A hypomnesia é o estado habitual do espirito paralytico; e as *amnesias*, sobretudo de fixação, são de uma evidencia flagrante. No periodo de estado, os *factos remotos* podem ainda ser *lembrados;* os *recentes*, porém, são *esquecidos* com surprehendente rapidez, de certo porque não foram senão muito imperfeitamente fixados. No periodo terminal, a amnesia toma proporções inacreditaveis: os doentes chegam a esquecer-se de que jantaram, instantes depois de se terem levantado da meza, e chegam a esquecer o proprio nome.

As *percepções* tributarias da attenção e da memoria, são *lentas* e muitas vezes *illusorias*, por compromisso da parte interpretativa ou de connotação que n'ellas existe. As *allucinações*, porém, são *raras* na fórma simples e essencial da psychopathia.

Combinadas, as perturbações de que acabamos de fallar implicam, no periodo de estado, uma *associação de ideias* muito *pobre* e que, na phase terminal, ha de tornar-se *indigente*, mesmo *nulla* (anideïsmo).

De tudo isto resulta uma progressiva *incapacidade para o trabalho*. Toda a obra dos paralyticos geraes traz em si o cunho inconfundivel da demencia, desde que a psychopathia se confirma; e já mesmo no periodo prodromico um observador perspicaz e conhecendo o nivel mental anterior do doente poderá descobrir a marca indelevel com que a demencia contrasta os productos paralyticos. Nas obras de espirito, como nas manuaes, a decadencia é um facto que aos bons observadores se impõe desde o periodo preparalytico, uma vez que possam comparar o presente com o passado do psychopatha. No periodo prodromico os proprios doentes se apercebem d'esta decadencia, d'este abaixamento incessante das funcções cerebraes, chegando alguns ao desespero e ao suicidio (Agostini).

Com os progressos da amnesia, da percepção defeituosa e da pobreza associativa das ideias, estabelece-se um estado secundario de *confusão mental* e uma *dissociação da personalidade* (Vid. pag. 97 e seg.), que não fazem senão accentuar-se dia a dia. A confusão mental revela-se pela desorientação do doente no espaço e no tempo. A falta de memoria implica a falta de *reconhecimento;* d'aqui os factos vulgares de se perderem os doentes nas ruas ou dentro da propria casa e de tomarem como extranhas as pessoas de familia. A dissociação pessoal vem das lacunas psychicas determinadas por lesões cerebraes e é ainda uma consequencia da amnesia extrema; os doentes fallam de si na terceira pessoa e dos proprios actos como se de outrem procedessem. Esta dissociação observa-se no periodo terminal da doença, quando ella se prolonga.

Global, como dissemos, a demencia dos paralyticos manifesta-se pela queda, não só das funcções intellectuaes, mas das affectivas e de acção.

No periodo inicial da psychopathia, a *irritabilidade* é um facto constante; tudo impacienta o doente, tudo o incommoda e tudo o faz entrar em explosões de cólera.

No periodo de estado, a *emotividade* é um symptoma

dos mais apparentes; o paralytico commove-se a proposito ou a desproposito de tudo.

Os *affectos* seguem a marcha descendente das manifestações intellectuaes. Um *egoismo* inconsciente substitue os sentimentos sociaes e de familia. A sensibilidade esthetica afunda-se tambem; os *gostos* dos doentes tornam-se *grosseiros* e baixos; emfim, o *sentimento de pudor* afrouxa até perder-se completamente.

Por outro lado, tudo demonstra que a *vontade* não escapa ao naufragio das outras funcções psychicas. O *exterior descurado* dos doentes, a *puerilidade* ou o *cynismo da sua conducta*, a sua *indifferença*, a sua *apathia*, a sua *suggestionabilidade*, tudo revela a *perda* de *iniciativa*, de *ponderação*, de *energia ideomotora*. No periodo terminal da psychopathia a vida do doente é um verdadeiro *automatismo*, esse mesmo imperfeito pela debilidade e insufficiencia dos reflexos.

Symptomas episodicos. — Alguns d'elles são muito frequentes e até precoces; cabe-lhes todavia de direito o qualificativo que adoptamos para os designar, porque não são essenciaes á constituição da doença.

Entram, como os symptomas constantes, em dois grupos, sendo *physicos* e *psychicos*.

Symptomas somaticos. — Como symptomas somaticos não-constantes ou episodicos, embora muito vulgares, mencionaremos os *ataques congestivos* que geralmente se descrevem sob o nome de *complicações*.

São de duas ordens: *apoplectiformes* e *epileptiformes*.

Os ataques apoplectiformes, que podem apparecer em qualquer dos periodos da doença, offerecem a physionomia clinica da apoplexia: perda de consciencia, quer subita, quer precedida de peso da cabeça, de zumbidos e de sensações luminosas, insensibilidade, dilatação pupillar, relaxamentos dos esphyncteres, elevação de temperatura,

podendo ir até 40° centigrados, pelle secca e pulso cheio, frequente. Se a inconsciencia se prolonga, á resolução muscular succedem sobresaltos ou pequenas contracções espasmodicas das palpebras, da face, dos labios e dos membros. A estes ataques, de uma duração variavel entre algumas horas e alguns dias, seguem uma *hemiplegia* ou uma *aphasia* de *caracter transitorio*.

Fig. 17. — Paralytico geral em seguida a um ataque apoplectiforme

Cullèrre menciona, ao lado d'estes ataques, que reconhecem por causa um exagerado afluxo de sangue ao cerebro, outros que se filiam na infiltração serosa das meningeas ou na hydropisia ventricular e que se distinguem pelo *abaixamento de temperatura* que os acompanha.

Os *ataques epileptiformes* podem revestir as fórmas de epilepsia convulsiva franca, jacksoniana e vertiginosa. As duas primeiras são as mais vulgares e têm a physionomia das crises parciaes de epilepsia de que tiram o nome. Na primeira d'estas fórmas, se os ataques se tornam subintrantes, estabelece-se um *estado de mal* com elevação consideravel de temperatura, precisamente como na epilepsia ideopathica succede por vezes.

Os ataques congestivos, quando não são causa immediata de morte, o que frequentemente acontece nos periodos avançados da paralysia geral, determinam uma *accentuação da demencia preexistente*.

Symptomas psychicos. — Como symptomas ou, antes,

syndromas psychicos de caracter episodico na paralysia geral figuram as multiplas fórmas de *loucura* que frequentemente a acompanham: maniaca, melancolica, cyclica ou alterna, confusional e paranoide.

Todos estes aspectos da loucura complicante dão logar a variedades da psychopathia, que têm de collocar-se ao lado da mais commum e mais simples, — a demencial.

Passando a estudal-as, advertimos desde já que ellas são, como diz Tanzi, mais eschematicas do que reaes, porque é raro que uma só fórma de loucura se observe como syndroma da doença e a acompanhe durante toda a sua evolução; o que mais vezes se vê é uma irregular apparição e desapparição de syndromas de loucura sobre um persistente fundo de enfraquecimento psychico.

Demencia paralytica. — E' a variedade mais commum e que por si mesma representa a doença.

Exclusivamente formada pela convergencia dos symptomas constantes ou syndromas psychosomaticos essenciaes, *demencia* e *paralysia*, não exige de nós uma descripção particular. Está para a paralysia geral tomada em globo ou considerada em todos os seus possiveis aspectos psychicos, como a depressão melancolica para a melancolia e a hypomania para a mania. O seu nome, tão eminentemente caracteristico, designa bem melhor que o de *paralysia geral* a physionomia classica da encephalite intersticial diffusa; por isso o adoptamos, seguindo a maioria dos auctores allemães e italianos.

Paralysia geral expansiva. — E' caracterisada quer por um estado de *excitação geral* e de *euphoria*, analogo ao que descreveremos na hypomania, quer por uma *agitação violenta* como a que estudaremos na mania typica (d'onde o nome de *maniaca* por que tambem se conhece), quer, emfim, por um *delirio de grandezas* ou mega-

lomano, syndroma frequente e um dos primeiros que sollicitaram a attenção dos observadores (Bayle, 1822; Calmeil, 1826).

O que diremos sobre a hypomania dispensa-nos de uma descripção especial da excitação não delirante dos paralyticos geraes: o que se observa é, com effeito, um estado maniaco florescendo sobre um terreno demencial e tendo por isso uma peculiar feição de pobreza.

Tudo póde ficar dentro dos limites de uma exaltação mais ou menos intensa, em que o sentimento de euphoria e os phenomenos motores constituem todo o quadro episodico. O mais vulgar, porém, na fórma expansiva, é que taes limites sejam excedidos e que um delirio de grandezas surja, versatil, diffuso, chocante de incongruencias.

Como o seu nome indica, este delirio alimenta-se de tudo quanto marca uma superioridade na vida: a fortuna, as qualidades pessoaes, a situação social. A's vezes, o colorido especial do delirio parece derivar da profissão do paralytico: o escriptor publicou livros estupendos, cujas edições se succedem e de que se fazem versões em todas as linguas; o medico descobriu um remedio infallivel para todos os males: o commerciante está em relações de exportação e importação com todos os paizes do mundo. Entretanto, é raro que o delirio se mantenha n'uma invariavel direcção. Sem causas apreciaveis, o seu contheudo varía incessantemente no mesmo individuo; por outro lado, ideias delirantes, absolutamente extranhas á situação e mesmo ás preoccupações habituaes do paralytico, surgem por vezes: assim, um industrial exalta as suas portentosas qualidades de diplomata, e um commerciante diz possuir uma voz de tenor ouvida com applausos delirantes em todos os theatros lyricos do mundo.

Seja porém qual fôr o seu contheudo, o delirio megalomano dos paralyticos não conhece limites. Se versa sobre a riqueza, é um *delirio de milhões*, como se diz nos manicomios, porque os doentes não contam de outro modo

o numero dos seus palacios, dos seus cavallos, das suas joias, dos seus depositos esterlinos nos grandes bancos da Europa e da America; um dos meus doentes dizia mesmo *remilhões*. Se o delirio tem por objecto as qualidades physicas, os doentes estrangulam pantheras, arrancam velhas arvores, derrubam enormes edificios, voam como aguias, são de uma virilidade assombrosa, de uma belleza incomparavel, de uma juventude perpetua, de uma voz prodigiosa; um meu doente affirmava-me que, se cantasse dentro de uma sala, partiria todos os vidros das janellas, tal era a intensidade vibratoria das suas notas agudas. Se o contheudo do delirio é formado por qualidades mentaes, os paralyticos são genios maravilhosos, cujas descobertas enchem o mundo de assombro, e que todas as academias disputam. Se o delirio tem por objecto a posição social, são imperadores, presidentes, generaes, redemptores e deuses.

Todas estas variedades de megalomania paralytica podem succeder-se e até coexistir n'um mesmo doente. Um paralytico do meu serviço, era simultaneamente engenheiro incomparavel, tendo ligado todos os continentes por tuneis submarinos, proprietario de uma quinta cujas arvores produziam isca e caffé com leite, dono de altissimos porcos cujos lombos só podiam ser vistos de um aereostato, progenitor de milhões de filhos, espalhados por toda a terra, e papa, habitando o Vaticano, que projectava ampliar (o manicomio).

O delirio expansivo dos paralyticos (e logo mostraremos que o mesmo acontece com o depressivo) é, como se vê, *absurdo* pelo seu mesmo hyperbolismo, *dissociado*, porque, mudavel, não offerece a menor systematisação, e *illogico*, porque as suas incongruencias e contradicções são frequentes e numerosas. Os doentes não tentam de modo nenhum sustental-o, defendel-o, dar-lhe uma base, uma apparencia, ao menos, de justificação; contrariados nos seus devaneios e chamados um instante á realidade,

emudecem, não sabem responder, embora momentos depois continuem na exhibição das suas monstruosidades. Por outro lado, elles mesmos desmentem e contradictam inconscientemente o delirio, por palavras e actos: o engenheiro-papa de que acima fallámos, pedia-me pontas de charutos; e um general, presidente de todas as republicas, que ha vinte e cinco annos tratei, não hesitava, interrogado, em dizer-me, que era tintureiro, e, coberto de condecorações, occupava-se expontaneamente da limpeza da sua enfermaria. Estas chocantes incoherencias são de todos os momentos, o que bem facilmente se explica, recordando que por traz do delirio está uma demencia global progressiva.

Tenho notado (e esta mesma observação encontrei já formulada por um psychiatra, cujo nome me não occorre) que a paralysia geral expansiva se vem tornando cada vez menos frequente. A razão d'este facto, ignoro-a.

Paralysia geral depressiva. — E' caracterisada quer por um *abatimento psychophysico*, analogo ao que descreveremos na melancolia simples, quer por *estados de anciedade e de estupor*, como os que serão estudados na melancolia anciosa e attonita (d'onde a designação de *melancolica* por que é tambem conhecida), quer, emfim, por um *delirio hypocondriaco*, primeiro estudado por Baillarger em 1857 e que pelo seu caracter mudavel e absurdo corresponde ao de grandezas da fórma expansiva.

O que diremos sobre a melancolia e suas variedades desobriga-nos de uma especial descripção da fórma depressiva da paralysia, porque nada se observa n'esta que não tenha de ser estudado a proposito d'aquellas.

Tristeza, anciedade, estupor, ideias de humildade, de ruina, de peccado, de autoaccusação, tudo se póde observar na paralysia geral de fórma depressiva, como na melancolia. E o proprio delirio hypocondriaco, algum tempo considerado como privativo d'esta, não differe em realidade do que estudaremos na melancolia chronica: tem por base a

mesma perturbação cenesthetica, é formado pelas mesmas ideias de negação e de enormidade, offerece, emfim, o mesmo cunho absurdo e chocante. E este ultimo facto, que entre uma psychose e uma cerebropsychopathia estabelece relações de profunda similhança, não deve surprehender, porque, se a demencia está por traz do delirio hypocondriaco dos paralyticos, o de enormidade e de negação dos melancolicos surge na phase de chronicidade e constitue um estado terminal já caracterisado por evidente enfraquecimento psychico.

Os delirios chamados *micromaniaco* e *de exageração* (Voisin) da paralysia geral depressiva, integram-se no hypocondriaco. O paralytico micromano julga o seu corpo reduzido a proporções minimas, suppõe-se um anão, tem vergonha da sua excessiva pequenez. O paralytico depressivo com delirio de exageração affirma, por exemplo, que soffre ha milhares d'annos ou que tem no ventre milhões de animaes (Bianchi). Todos estes delirios têm por base uma cenesthesia perturbada.

Paralysia geral cyclica. — E' caracterisada pela succéssão de estados depressivos e expansivos ou melancolicos e maniacos. E' uma demencia paralytica a que serve de syndroma episodico uma loucura intermittente.

Esta variedade póde offerecer multiplos aspectos de evolução, que estudaremos pormenorisadamente, tratando das psychoses constitucionaes. Os estados depressivo e expansivo podem seguir-se indefinidamente um ao outro sem interrupção *(P. G. circular)*; o estado depressivo póde ser separado do expansivo por um periodo de indifferença *(P. G. de fórmas alternas)*; emfim, os estados depressivo e expansivo podem seguir-se sem descontinuidade, formando um accesso maniaco-depressivo, que todavia é separado de outros accessos analogos por um periodo mais ou menos longo de indifferença *(P. G. de dupla fórma)*.

Esta variedade, qualquer que seja o seu typo de

marcha, é muito rara. Em vinte e sete annos de pratica manicomial só observámos um caso *circular*.

E' claro que as phases depressiva e expansiva podem tomar (como opportunamente veremos que acontece na loucura periodica) todos os possiveis aspectos symptomaticos da melancolia e da mania.

PARALYSIA GERAL CONFUSA. — Marchando para a dissociação da personalidade, que marca o periodo final da sua doença, todo o paralytico passa, se uma intercorrencia o não victíma antes d'isso, por uma phase de confusão, caracterisada pela impossibilidade manifesta de orientar-se no tempo e no espaço. N'este sentido, toda a paralysia geral é *confusa*. Todavia, este termo emprega-se para designar aquella variedade em que a confusão mental, quer por motivo de uma queda muito rapida da intelligencia, quer pela apparição de estados allucinatorios, quer pelos dois factos, constitue um phenomeno precoce e que acompanha toda a evolução da doença.

PARALYSIA GERAL PARANOIDE. — E' caracterisada pela presença de um delirio persecutorio, megalomano ou mixto, que acompanha toda ou quasi toda a evolução da encephalite diffusa e que, não offerecendo nem a riqueza, nem a systematisação da paranoia, não offerece tambem a mutabilidade e a extrema dissociação da maioria dos delirios paralyticos.

Pertence a Tanzi a creação d'esta variedade, que não encontramos em outros auctores e sobre a qual elle proprio se não demora, dizendo apenas que do seu desconhecimento têm resultado, senão erros, pelo menos demoras no diagnostico da paralysia geral. Não sabemos ao certo, dada esta insufficiencia de informes, se a ideia de Tanzi, creando a variedade paranoide, é precisamente a nossa, perfilhando-a. O que podemos affirmar é que a designação de paranoïde applicada á demencia paralytica, não só se

justifica tão bem como á demencia precoce, mas põe em relevo uma variedade paralytica de que todos os observadores terão visto alguns casos.

Pela nossa parte, estudámos longamente com o Dr. M. Lemos um curioso exemplar d'esta variedade mal observada ou, pelo menos, até ha pouco inominada. Tratava-se de um paralytico geral de mais de 50 annos, negociante, offerecendo desegualdade pupillar, tremulos caracteristicos da lingua e das mãos, embaraço da palavra e consideravel amnesia; esse homem, que morreu no manicomio, offerecia de notavel e mesmo de anormal um delirio de perseguições que o acompanhou sempre desde a admissão, em periodo de estado, até á morte, annos depois, e que, embora pobre e sem tendencias evolutivas, se repetia com uma insistencia que não está nos habitos dos paralyticos e com uma certa logica, tendo a corroboral-o multiplas allucinações auditivas, como nos perseguidos communs. Nunca a attitude desconfiada d'este homem, a sua conducta cheia de reservas e os seus constantes protestos contra as machinações de suppostos inimigos, desmentiram o seu delirio. Estamos longe n'este caso, como se vê, da dissociação, da pulverisação mental da maior parte dos paralyticos; e, se a incontestavel demencia d'este doente lhe não permittia a franca systematisação dos paranoicos, é certo que o seu delirio não era tambem a inconsistente e mudavel exhibição de ideias absurdas, sem nexo entre si ou com o sentimento e a vontade.

E' sobretudo a casos d'esta ordem, certamente raros, que a designação de *paranoides* deve, em nossa opinião, reservar-se. Este parece ser tambem o pensamento do professor italiano, porque, na realidade, só casos d'esta ordem podem prestar-se a confusão e, como elle diz, protellar o diagnostico da paralysia geral.

Tem-se fallado de variedades *juvenil* ou precoce, *senil* ou tardia, *feminina* e *tabetica*.

Esta divisão, porém, pelo que respeita ás tres primeiras não é symptomatica, porque os casos que ellas comportam não differem pelos phenomenos observados dos que acabamos de estudar nas variedades descriptas; na sua grande maioria, esses casos revestem a fórma descomplicada, eschematica ou *demencial*.

Por outro lado, a chamada variedade tabetica não é rigorosamente um modo de ser symptomatico especial de paralysia, mas um quadro clinico muito complexo, resultante da coexistencia da cerebropsychopathia com a myelopathia. Na hypothese, os symptomas tabeticos são de emprestimo e podem sempre dissociar-se do quadro da paralysia geral.

Evolução. — Na sua marcha progressiva, offerece a demencia paralytica tres periodos distinctos: *prodromico* ou de invasão, *de estado* e *terminal*.

O primeiro d'estes periodos é eminentemente variavel na sua feição clinica de caso para caso. Bianchi menciona como mais communs quatro modos de invasão da doença.

Umas vezes, o começo da paralysia é marcado por manifestações de uma *sobreactividade funccional*, que na consciencia do doente se traduz por um sentimento de *bem-estar* e nas suas relações sociaes por um accrescimo de *generosidade* e de *benevolencia*. Então o quadro clinico é o da *hypomania*. Emprehendedor, desbordante de saude e de forças, hyperbolicamente communicativo, insusceptivel de fadiga e não dormindo, o doente multiplica-se, movimenta-se, concebe projectos de toda a ordem, faz planos ambiciosos de vida, expande-se, cria amigos, vê tudo côr de rosa e entra rapidamente, se uma interdicção o não impede, no caminho da ruina pelas *acquisições immoderadas*, pela frequentação assidua dos logares de prazer, pelos *abusos* e *excessos* de toda a ordem. E' então que elle se encontra não raramente em conflicto com a policia e com os tribunaes *(periodo medico-legal)*.

Outras vezes a doença inicia-se por uma depressão da actividade physica e mental, traduzindo-se na consciencia do paralytico por *tristeza* ou sentimento geral de impotencia, e nas suas relações sociaes por uma progressiva *mysanthropia*. O quadro clinico é então o da *neurasthenia* e da *melancolia simples*.

Um terceiro modo de invasão é o que se realisa pelo apparecimento precoce e predominante dos symptomas somaticos. Ao passo, com effeito, que nos typos anteriores de invasão toda a symptomatologia se confina dentro dos limites de uma excitação e depressão, que a custo se distinguem da hypomania e da melancolia simples, n'este são as *perturbações de linguagem*, os *tremulos*, os *phenomenos pupillares* e as *alterações de sensibilidade* que rompem a marcha da paralysia geral. O doente é o primeiro a aperceber-se d'estes symptomas, que elle proprio faz notar e que o atormentam como vago prenuncio de um mal consideravel.

O quarto modo de invasão é excessivamente insidioso, falho de contornos precisos e nitidos. Umas vezes o que primeiro apparece, são phenomenos de natureza congestiva como *cephaleia gravativa*, *hemicranea ophtalmica*, *vertigens*, ephemeros *estados de confusão*; outras vezes, são symptomas premonitores uma excessiva *irritabilidade*, um *descontentamento* injustificado de todos e de tudo, uma *inquietação* que o doente se não explica. Passado um tempo mais ou menos longo sobre estes phenomenos precursores, um ataque *apoplectiforme* ou *epileptiforme* estala bruscamente, alarmando a familia e deixando atraz de si uma certa restricção do campo intellectual e affectivo (Bianchi). Mais tarde um novo ataque se produz, outros ainda se lhe succedem e, brusca ou lentamente, a symptomatologia da demencia paralytica accentua-se.

N'um caso da minha clinica civil, o doente, homem de 35 annos, indemne de syphilis, empregado commercial tendo vivido dez annos no Brazil, teve um ataque apoplecti-

forme, seguido de hemiplegia esquerda; recuperado depressa o movimento e parecendo não ter havido compromisso sensivel da mentalidade, retomou o seu trabalho até que, seis mezes depois, teve novo ataque, tambem seguido de hemiplegia do mesmo lado, mas ferindo profundamente a intelligencia e sendo o ponto de partida de caracteristicos symptomas psychosomaticos: amnesia, perda da attenção, embaraço da palavra e dysgraphia.

Menos frequentemente, a doença póde iniciar-se por um delirio paranoide ou por um accesso de melancolia franca com tentativas de suicidio e sitophobia.

O periodo de estado caracterisa-se pela presença de todos os symptomas necessarios e bastantes ao diagnostico da doença.

O periodo terminal é caracterisado do lado psychico pela accentuação da demencia até á *nullidade de espirito* e do lado somatico por symptomas graves de dystrophia. E' o periodo propriamente paralytico, o periodo das gangrenas, das atrophias musculares, das analgesias, da emaciação e do marasmo. A passagem do periodo de estado ao terminal é marcada pela *perda de tonicidade dos esphincteres*.

A *morte*, determinada quer por *accidentes* (traumatismos, engasgamento), quer por *ataques congestivos* (ictos apoplectiformes e epileptiformes) ou *affecções intercorrentes* (principalmente do apparelho respiratorio), quer, emfim, pela *cachexia*, é o termo fatal da demencia paralytica.

A *duração* d'esta psychose é extremamente variavel. Ha casos *sobreagudos* em que ella não excede alguns mezes, casos *agudos* em que se prolonga até um anno ou mais, e casos *chronicos*, os mais frequentes, em que póde ir até 5 e 6 annos. Na fórma simples ou demencial e nos

casos de marcha remittente a duração da doença prolonga-se notavelmente, chegando a attingir 10 annos. O diagnostico precoce e os cuidados de assistencia vieram nos ultimos tempos alongar muito a duração *média* da doença, que hoje se computa geralmente em 4 annos.

Os *typos evolutivos* d'esta psychose de marcha constantemente progressiva, são dois: *continuo* e *remittente*. O primeiro, que é o mais vulgar, observa-se sempre na fórma demencial e frequentemente em grande numero de casos de todas as outras; é sem interesse. O segundo, observa-se muitas vezes nas fórmas delirantes, sobretudo na variedade expansiva e nos casos em cuja etiologia figuram o *alcoolismo* e, segundo a minha observação, a *herança nevro e psychopathica*. As remissões da paralysia geral podem ser (Doutrebente) *incompletas* e *completas*. As primeiras, tambem chamadas *falsas remissões* (Ballet), dão-se quando um syndroma episodico desapparece, subsistindo e continuando a sua marcha os symptomas constantes; é o que frequentemente se observa na variedade expansiva pela brusca cessação do delirio de grandezas, com persistencia de toda a restante symptomatologia. As segundas têm logar quando, com o desapparecimento de um syndroma episodico, se constata uma attenuação sensivel e mais ou menos extensa dos symptomas essenciaes. Tanto as remissões completas como as incompletas podem ser *temporarias* ou *duradouras*.

Prognostico. — E' fechado a toda a esperança, porque a *morte* constitue, como dissemos, a terminação habitual da doença.

Os casos de pretendida cura, extremamente raros, até hoje consignados, não passam de *remissões completas e definitivas*.

Anatomia pathologica. — As lesões constantes, unicas de que nos occuparemos, têm por séde o encephalo. Para

commodidade de estudo dividil-as-hemos em macro e microscopicas.

Lesões macroscopicas. — O encephalo de um paralytico tendo attingido o periodo terminal, offerece lesões apreciaveis á vista desarmada e mesmo á exploração tactil, quer do lado das meningeas, quer do tecido nervoso.

A *dura-mater* é *espessa*, de ordinario *injectada*, mais ou menos *adherente ao craneo* e offerece ao longo do scepto interhemispherico *incrustrações osteoides* dando ao tacto uma sensação de dureza e rugosidade. A *pachymeningite hemorrhagica* observa-se frequentemente.

A *arachnoideia* apresenta um aspecto *lactescente*, é *espessa*, por vezes irregularmente tapetada de productos fibrosos, ora *injectada*, ora *infiltrada de serosidade*.

A *pia-mater*, tambem *espessa* e *congestionada*, offerece *varicosidades venosas*, dando ao contacto a sensação de resistencia fibrosa, e *adherencias á camada cortical do cerebro*. Estas adherencias, notaveis sobretudo nos lobulos frontaes e realisando-se nas cristas das circumvoluções, são por vezes tão intimas que é impossivel destacar a pia-mater sem arrancar fragmentos de substancia nervosa; assim, tirada esta meningea, o cerebro fica como *ulcerado* (Calmeil). Nos antigos paralyticos o *cerebro* offerece uma *atrophia* generalisada, implicando *diminuição de peso* e que á vista se denuncía pelo *adelgaçamento das circumvoluções*, separadas por largos sulcos repletos de liquido.

Os *ventriculos* são cheios de serosidade; e o *ependymo* cobre-se de *granulações* apreciaveis pela vista e pelo tacto, que lhe dão um aspecto *chagriné*.

Lesões microscopicas. — São de tres ordens: vasculares, intersticiaes e parenchymatosas.

Das *lesões vasculares* uma das mais notaveis é a proliferação cellular, «tão activa que, na secção transversal

d'alguns vasos, não é possivel reconhecer a existencia de tunicas, mas apenas um grosso annel formado por cellulas embryonarias ou mesmo um montão d'estas cellulas» (Lemos).

D'esta excessiva proliferação cellular póde originar-se quer o espessamento dos capillares, cujo calibre diminue e cujas paredes perdem a elasticidade, dando logar a aneurismas e a hemorrhagias, quer um estado de degenerescencia gordurosa, colloide e amyloide.

As *lesões intersticiaes* consistem na *exagerada proliferação da nevroglia* e na *deformação das suas cellulas*. E' a exuberancia do tecido conjunctivo que esmaga e destróe as cellulas nervosas, determinando as suas degenerescencias (Luys, Anglade).

As *lesões parenchymatosas* consistem na deformação e *degenerescencia das cellulas nervosas* e dos tubos ou *fibras myelinicas*.

A questão debatida entre os hystologistas é a de saber se nos grupos das lesões apontados a prioridade cabe ás intersticiaes ou ás parenchymatosas. A opinião mais geral é a que faz das lesões vasculares (Anglade) ou da proliferação da nevroglia (Magnan) o facto anatomopathologico primitivo, inicial; para estes auctores a demencia paralytica sería, pois, uma *encephalite intersticial*. Ha porém quem pense que o facto anatomopathologico primitivo é a lesão das cellulas (Klippel, Pierret) ou dos tubos nervosos do cortex (Tuczeck); para estes hystologistas, a demencia paralytica sería uma *encephalite parenchymatosa*.

Dupré suppõe (e é este um novo ponto de vista a discutir) que as lesões intersticiaes e parenchymatosas são simultaneas, embora umas possam ser mais extensas ou mais pronunciadas que as outras no começo da psychopathia. Adiante examinaremos esta opinião.

Natureza e pathogenia. — Se as estatisticas nos dis-

põem a acceitar a natureza toxica da paralysia geral, evidenciando o papel etiologico do alcoolismo, da syphilis e de todos os processos infecciosos, a investigação semeiotica não faz, pela revelação das oscillações thermicas e de peso, dos graphicos do pulso, dos resultados da analyse chimica e do exame hystologico do sangue, da urina, dos succos digestivos, do liquido cephalorachydiano, senão tornar mais solida essa disposição de espirito, que já os ataques e as remissões permittiam entrevêr; por outro lado, concorre ainda a accentual-a o caracter diffuso e a irregular distribuição das lesões, denunciadas pela anatomia pathologica.

Assim, se a paralysia geral entra, attentas as suas lesões constantes, no grupo das cerebropsychopathias em que a collocamos e que no estado actual da sciencia nos parece um dos mais naturaes, ella não deixa de pertencer, considerada a sua natureza, ao grupo bem mais extenso das psychopathias toxicas e infecciosas (Agostini, Tanzi).

Mas como actua o veneno inicial para produzir a doença, se esta não succede directa e immediatamente, mas só *à la longue*, aos seus primeiros ataques? Tal é o fundamental problema pathogenico; a sciencia não o resolveu ainda, encontrando-se no periodo das hypotheses e conjecturas. E' sabido que entre a infecção syphilitica, por exemplo, e o apparecimento dos primeiros symptomas da paralysia geral medeiam alguns annos; é sabido egualmente que só quando o alcoolismo se tem manifestado por uma longa série de accessos delirantes é que a paralysia geral de origem alcoolica se manifesta. Como exerce então o agente toxico a sua influencia etiologica? A hypothese a que tendem hoje os mais notaveis observadores é, na essencia, esta: o agente toxico não faria senão perturbar de um modo profundo as trocas nutritivas, creando uma *auto-intoxicação secundaria*, que sería a verdadeira causa proxima da paralysia geral (Kraepelin, Bruce, Robertson, Tanzi).

Um outro problema de pathogenia é o que consiste em filiar os symptomas nas lesões, explicando pela anatomia pathologica as differentes fórmas ou variedades da paralysia geral. Porque reveste a psychose umas vezes a exclusiva feição demencial dos casos eschematicos, outras vezes a feição maniaca, outras ainda a feição delirante ora megalomana, ora hypocondriaca? Tambem não passam de hypotheses as explicações até hoje dadas d'estes factos em todos os tempos observados. A unica affirmação que parece segura, é esta: a fórma demencial corresponde a um predominio das lesões parenchymatosas sobre as intersticiaes; ao contrario, as outras fórmas dependem do predominio d'estas sobre aquellas. Se o elemento nervoso é principalmente ferido, a funcção psychica é desde logo diminuida na sua mesma origem e rapidamente extincta, o que se traduz pela demencia; este syndroma não deixa na sua marcha avassaladora logar para perturbações vesanicas. Se é sobretudo atacada a nevroglia, as lesões congestivas e inflammatorias poderão produzir os syndromas das fórmas maniaca, melancolica e delirante, porque existe ainda o elemento nervoso para reagir. E' difficil ir além d'esta affirmação geral. Mas se ella é exacta, é evidentemente falsa a doutrina que pretende estabelecer a *prioridade* das lesões intersticiaes sobre as parenchymatosas, porque a demencia, mais ou menos accentuada, mas inicial e progressiva, é um syndroma que não falta nunca; isolado na fórma simples, que em si resume toda a doença, elle não deixa de existir com os das outras fórmas, como a clinica o demonstra. A verdadeira doutrina sería pois a que excluisse toda a ideia de prioridade em materia de lesões cerebraes, admittindo que simultaneamente são feridos, embora desegualmente em extensão e intensidade, o parenchyma (cellulas e tubos nervosos), os vasos e a nevroglia. E' este, como dissemos, o modo de vêr de Dupré, que nos sentimos inclinados a partilhar.

Diagnostico. — O diagnostico da paralysia geral chegada ao periodo de estado não offerece, em regra, difficuldades: a demencia global e o syndroma paralytico, em que as dysarthrias representam o papel mais caracteristico, permittem quasi sempre afastar todas as duvidas e todos os erros. Não acontece, porém, o mesmo no periodo inicial; o diagnostico precoce, de um extraordinario alcance, sobretudo no ponto de vista medico-legal, é extremamente difficil n'um certo numero de casos.

Relembrando as variedades da paralysia geral, vamos vêr quaes são as psychoses que com ellas podem confundir-se e determinar as bases do respectivo diagnostico differencial.

A *demencia paralytica* ou paralysia geral sem complicações vesanicas póde, principalmente no seu primeiro periodo, ser confundida com alguma das demencias primitivas: quando *precoce*, com a *demencia juvenil;* quando *tardia*, com a *demencia senil;* quando realisada na edade madura, com a *demencia hemorrhagica*, com a *cerebro-esclerose* e, sobretudo, com a *syphilis cerebral*. Quando nos occuparmos d'estas psychopathias organicas estabeleceremos o diagnostico differencial, que aqui sería prematuro.

A *paralysia geral de fórma expansiva*, quando no seu periodo inicial se manifesta apenas por excitação psychophysica e sentimento de bem-estar, póde confundir-se com a *hypomania*.

O diagnostico differencial assenta, n'esta hypothese, sobre a presença de uma demencia, subjacente á excitação e que é constante na paralysia. Um outro elemento de diagnostico differencial é derivado das disposições affectivas do doente: emquanto no hypomaniaco se observa uma tendencia manifesta á ironia, á malevolencia, á critica mordaz, no paralytico geral nota-se, pelo contrario, uma constante inclinação á benevolencia, á sympathia, á admiração, ao altruismo, pelo menos apparente (Régis). Este

criterio differencial affigura-se-nos de grande valor e alcance, porque ainda o não vimos falhar na pratica.

Emfim, o *cytodiagnostico* póde intervir com exito nos casos difficeis, revelando quer a presença (paralysia geral), quer a ausencia (hypomania) de uma abundante lymphocitose.

O *delirio megalomano da fórma expansiva da paralysia geral* póde um instante fazer pensar no *paranoico;* todavia, o que acima dissemos sobre o primeiro bastará para muito facilmente o distinguirmos do segundo, cujos caracteres são, como opportunamente veremos, diametralmente oppostos.

A *paralysia geral de fórma depressiva* póde ser tomada por uma *neurasthenia* ou por uma *melancolia simples*, quando, como muitas vezes acontece, ella se confina inicialmente dentro dos limites de uma exclusiva depressão psychomotora.

Decerto, sob este syndroma está já latente, como sob a hypomania da fórma expansiva, uma *demencia*, que falta nos casos de neurasthenia e de melancolia simples; e este é mesmo o fundamental criterio de d'fferenciação. Todavia, a concentração dolorosa do doente, difficultando o interrogatorio, póde oppor-se a que ella seja rapidamente descoberta. Assim, o diagnostico precoce terá de basear-se no exame do liquido cephalorachydiano, positivo ou negativo quanto á lymphocitose, segundo se trata de paralysia ou de neurasthenia.

O *delirio hypocondriaco da fórma depressiva da paralysia geral* não se distingue do que caracterisa as fórmas chronicas da *melancolia*. Assim, o diagnostico differencial entre a paralysia com delirio hypocondriaco e a melancolia apresentando como syndroma ideias de negação e de enormidade, não póde fazer-se exclusivamente sobre a symptomatologia psychica. Se os phenomenos somaticos da paralysia faltam, é preciso recorrer aos *anamnēsticos* ou ao cytodiagnostico para estabelecer a differenciação.

Na melancolia o *syndroma de Cotard* é um phenomeno de apparição muito tardia, marcando a chronicidade da psychose; na paralysia geral o delirio de negação e de enormidade faz, na fórma depressiva, a sua apparição precocemente. Quando os anamnesticos faltam, o diagnostico differencial tem de basear-se quer na evolução da doença, quer no exame do liquido cephalorachydiano.

A *paralysia geral de fórma cyclica* distingue-se da *loucura periodica* pela presença de um fundo demencial, que n'esta ultima falta.

A *paralysia geral de fórma confusa* differe da *confusão mental idiopathica* não só pelos phenomenos somaticos, mas pelos anamnesticos. Na paralysia a desorientação no tempo e no espaço é, em regra, um symptoma contemporaneo das dysarthrias, que faltam na confusão primitiva. Por outro lado, a historia anamnestica porá em relêvo, n'este ultimo caso, uma etiologia muito particular.

A *paralysia geral da fórma paranoide* póde fazer pensar nos delirios systematisados. O diagnostico differencial, porém, é sempre facil, porque estes delirios affectam caracteres oppostos aos que offerecem os da paralysia geral, assentes sobre um fundo de enfraquecimento psychico.

Tratamento. — Não se conhece meio de curar a demencia paralytica. As illusões creadas pela doutrina da sua natureza syphilitica desvaneceram-se ao fim de uma longa e talvez prejudicialissima pratica de injecções intramusculares e intravenosas de saes de mercurio; em contrario das infundadas affirmações de Lerède, ninguem hoje acredita nos resultados da medicação especifica. Por nossa parte, tendo-a experimentado durante muito tempo, convencemo-nos não só do seu absoluto insuccesso, mas da sua nocividade n'um certo numero de casos. As mesmas remissões que a esta medicação, como, de resto, a muitas outras se têm attribuido, não podem com se-

gurança lançar-se ao seu activo, porque a observação clinica demonstra que remissões *expontaneas* frequentemente se realisam em todos os periodos da paralysia geral. O tratamento d'esta cerebropsychopathia tem de ser symptomatico, visando apenas a retardar a sua marcha progressiva e, portanto, a sua inevitavel terminação pela morte.

O *isolamento* está indicado em todos os casos em que ha excitação, delirio ou estes dois syndromas reunidos, não só porque da sua adopção resulta uma assistencia a que o doente se subtráe em liberdade, mas porque com elle se evitam os sérios inconvenientes do chamado *periodo medico-legal*. Nos casos em que não ha excitação, nem delirio, o isolamento é ainda vantajoso, mas, em rigor, dispensavel.

Uma severa *hygiene* deve ser mantida á volta do doente, evitando-se-lhe as temperaturas muito altas e muito baixas, a alimentação deficiente e excessiva, as emoções e, de um modo geral, tudo quanto possa contribuir para o exaltar. Uma inalteravel tranquillidade, como só na disciplinada vida dos manicomios se realisa, é condição indispensavel de todo o tratamento. O alcool, o caffé e o chá serão rigorosamente proscriptos; o uso do tabaco será moderado, quando não supprimido.

As *tendencias congestivas* serão combatidas pelos purgantes repetidos e ainda pelo uso do *ergotino* e do *iodeto de potassio* e seus succedaneos.

Quando ha symptomas de *compressão cerebral* póde ser benefica a *puncção lombar* (Vid. pag. 119).

A *excitação* será combatida pelo *brometo de potassio* e seus equivalentes, pelos *banhos quentes de immersão*, mais ou menos prolongados, ou pelas *duchas tepidas*. As frias e escossezas estão formalmente contraindicadas pelo perigo das congestões cephalicas.

A *insomnia* dos primeiros periodos será combatida pelos *hypnoticos*, que deverão ser ministrados, quanto

possivel, por via rectal; a *urethana* e a *paraldehide* têm-nos dado excellentes resultados. O opio e os seus derivados não deverão nunca empregar-se, porque congestionam o cerebro.

Os *ictos apoplectiformes* e *epileptiformes* reclamam o *alectuamento temporario* do doente e o uso da *medicação purgativa* combinada com a *revulsiva* e a *bromo-iodada*. Nos ataques apoplectiformes, se o doente é robusto e se o estado de inconsciencia se prolonga, o emprego das *sanguesugas* póde ser de muita utilidade.

O *gatismo* e as *ulceras* de compressão do periodo terminal exigem particulares cuidados de aceio e de antisepsia.

Crêmos inutil acrescentar que o paralytico geral deve ser frequentes vezes observado no ponto de vista somatico, porque só assim poderão surprehender-se numerosas *intercorrencias* que elle não accusa e que é preciso tratar pelos meios adequados. Deve ter-se em vista que a *pneumonia*, muitas vezes desacompanhada de febre ou offerecendo apenas uma ligeira elevação thermica, é uma das causas de morte mais frequentes nos paralyticos geraes.

DEMENCIA SENIL

Amollecimento cerebral; psychopathia de involução; presbiophrenia (Kalhbaum).

Definição e variedades. — E' uma cerebropsychopathia de involução, tendo por substracto anatomico uma atrophia dos hemispherios e manifestando-se essencialmente por uma decadencia primitiva e progressiva de toda a mentalidade.

A doença póde reduzir-se, do lado psychico, a symptomas de enfraquecimento (demencia senil apathica); succede, porém, frequentemente que aos symptomas de simples degradação mental se sobrepõem delirios, erros psycho-sensoriaes e manifestações de sobreexcitação motora (demencia senil delirante, anciosa, agitada).

Etiologia. — Reconhece por causas principaes os *progressos da edade* e a *predisposição*, congénita ou adquirida, ás *encephalopathias*.

Como doença de involução, só affecta os individuos que ultrapassaram a maturidade, entrando na velhice. Não é, todavia, possivel determinar de um modo geral e abstracto onde aquella termina e esta começa, porque a edade medica ou physiologica não se computa pelo numero d'annos, mas pelo estado dos vasos; como Virchow affirmou, «cada um tem a edade das suas arterias»; por outro lado ainda, sabe-se que a velhice do cerebro, de que a demencia senil é a expressão symptomatica, não acompanha, por motivos diversos, entre os quaes se contam o exercicio e o grau de cultura intellectual, a velhice dos outros orgãos e apparelhos. Os exemplos abundam de homens de pensamento, scientistas e philosophos, em que a juventude e frescura do espirito coincidem com os mais indiscutiveis ultrajes da edade, e que aos setenta, oitenta e mais annos conseguem produzir de um modo superior e original. Assim, os 60 annos, geralmente considerados como marcando a edade propria do começo da demencia senil, representam uma simples média estatistica; muitos casos são anteriores e muitos ulteriores áquelle limite.

A predisposição é indiscutivel: estudando a historia dos dementes senis descobre-se que elles pertencem a familias tocadas pelo *arthritismo*, pelas *congestões* e *hemorrhagias cerebraes*, pelas *demencias*, ou que fizeram, elles proprios, *excessos alcoolicos* ou contrahiram *infecções* que collocaram os seus vasos em situação de especial vulnerabilidade.

Os *excessos venereos* e as *emoções depressivas*, muito violentas ou muito repetidas, são as mais importantes causas occasionaes d'esta psychopathia.

Symptomatologia. — Os antigos consideravam a velhice em si mesma uma doença; *senectus est morbus*, dizia

Hippocrates. De facto, os progressos da edade implicam um processo geral de involução, de que todos conhecemos o quadro physico e mental e que póde traduzir-se pela palavra *decadencia*.

A diminuição progressiva de forças e de acuidade sensorial (presbytia, surdez, embotamento do paladar e do olfacto), a calvicie e a canicie, as rugas, o incurvamento do tronco, o tremulo mais ou menos extenso e accentuado, a marcha lenta e penosa e a frigidez são signaes de ordem somatica a que correspondem na ordem psychica o enfraquecimento da memoria, a falta de nitidez perceptiva, a estereotypia das opiniões, o egoismo crescente e a desconfiança por tudo o que é novo. O velho é, em regra, conservador, misoneico e pessimista. Só as coisas, os homens e as ideias do seu tempo eram bons *(laudator temporis acti)*; o que é novo repugna-lhe e o que o cerca só lhe desperta saudades dos tempos idos. Assim, o velho alheia-se cada vez mais do presente para confinar-se na evocação do passado e na preoccupação de si mesmo. E' fallando do seu tempo e de si que o velho se anima e está bem; d'aqui, a incessante repetição das mesmas historias e dos mesmos accidentes. A desconfiança condul-o ao embotamento dos affectos e a excessos de economia, confinando com a avareza; o pessimismo leva-o a uma permanente hostilidade com o meio, traduzida em criticas injustas e em rabujices frequentes.

Tal é a velhice, de que a demencia senil representa um exagero pathologico.

Como temos feito para as outras psychoses, estudaremos successivamente os symptomas constantes e episodicos d'esta, physicos e psychicos.

Symptomas constantes. — Os de *ordem physica* são os da propria velhice. A *arterioesclerose*, a *diminuição da força muscular*, o *embotamento da sensibilidade geral* (hypoesthesia, hypoalgesia) e *especial*, o *tremulo*, umas

vezes limitado ás mãos, outras invadindo a cabeça, e as *perturbações do somno* observam-se constantemente. No periodo terminal não faltam nunca a *atonia dos esphincteres* e o *emagrecimento* resultante de uma atrophia generalisada.

Os symptomas contantes de *ordem mental* procedem de todas as funcções do cerebro: são intellectuaes, affectivos e da vontade.

Das *funcções intellectuaes* são profundamente compromettidas a attenção e a memoria. A *attenção* é *diffusa* e facilmente *fatigavel*. Os mais ligeiros calculos, exigindo a fixação do espirito, põem em evidencia quanto esta essencial funcção se encontra enfraquecida. A *memoria* é *deficiente* e comporta-se de um modo particular: emquanto os factos remotos, as noções abstractas e os nomes geraes se conservam por longo tempo, os factos recentes, as noções concretas e os nomes proprios são perdidos, segundo a lei de amnesia regressiva (Th. Bibot). O demente senil, que refere com precisão factos da sua juventude, é por vezes incapaz de evocar acontecimentos da vespera ou apenas de algumas horas. A amnesia dos nomes proprios (de pessoas, de ruas, d'objectos) obriga-os a longas periphrases ou corta-lhe constantemente o discurso, hesitante e lacunar. O demente senil não dirá, por exemplo, Pedro ou Paulo, mas *aquelle que tem um filho advogado*, *aquelle que mora n'aquella rua larga e que é empregado no correio*. Para substituir nomes, que lhe não lembram, de objectos de uso commum, dirá umas vezes as suas qualidades, outras empregará substantivos da maxima generalidade; assim, querendo dizer *faca*, dirá *aquillo que corta* ou, mais imprecisamente, *aquella coisa*. Os adjectivos, exprimindo qualidades geraes, e os verbos, exprimindo relações, são as palavras que a memoria conserva mais tempo; os nomes, sobretudo os proprios, menos empregados porque exprimem individuos ou collecções, são os que mais depressa se perdem.

A *percepção*, implicando a memoria, é difficil e infiel; d'aqui as frequentes *illusões* do demente senil. A *associação das ideias* é muito lenta e soffre por vezes uma verdadeira estagnação; d'este facto e da amnesia verbal resulta uma *incoherencia*, por vezes muito accentuada nos periodos avançados da doença.

Do *lado da affectividade* nota-se tambem um embotamento progressivo. O demente senil confina-se dentro dos limites cada vez mais estreitos do *egoismo*, acabando por perder os mais fortes e resistentes sentimentos de familia. A *versatilidade affectiva* é de regra: as mesmas pessoas são alternativamente estimadas e repellidas.

Entretanto, o demente senil é muito *emotivo*, chorando e rindo com extrema facilidade.

O *nivel moral* baixa constantemente; a *perda do pudor e das conveniencias* é constante e faz por vezes com o estado anterior do doente um contraste dos mais chocantes; o exhibicionismo e os attentados aos costumes são frequentemente resultados da demencia senil.

A *vontade* diminue constantemente nos dementes senis até desapparecer. As decisões calmas e raciocinadas são substituidas por *impulsos* nascidos da *irritabilidade*, por *caprichos* que nada explica, por *teimosias* que fazem lembrar o espirito de opposição e o negativismo de outros psychopathas. Mais tarde essas mesmas velleidades acabam, e o demente, incapaz de querer, abulico e indifferente, torna-se uma coisa malleavel nas mãos dos que o cercam; é então que elle faz as doações e os testamentos mais extranhos e mais surprehendentes em favor de cynicos exploradores e em prejuizo da propria familia. Os padres sabem tirar partido d'esta situação mental, conseguindo pela astucia ou pelo terrôr toda a sorte de concessões. A grande maioria das questões judiciaes sobre validade de actos tem por objecto doações e, sobretudo, testamentos de dementes senis (Vid. os meus livros: *Os alienados nos Tribunaes*).

Os symptomas que acabamos de passar em revista, denunciam no seu conjuncto uma verdadeira regressão; é isto, de resto, o que em todos os tempos foi notado e que a linguagem popular synthetisou na expressão de *segunda infancia* com que designa o estado mental dos dementes senis.

Smptomas episodicos. — Do *lado physico* observam-se algumas vezes *cephaleias* mais ou menos intensas, *vertigens* ou lypotimias, *paresias* ligeiras, *hemianesthesias* e *ataques apoplectiformes* e *epileptiformes*, seguidos de *aphasia* transitoria.

Do *lado psychico* são symptomas episodicos as *allucinações* e os *delirios*. As allucinações são principalmente *visuaes* e *auditivas;* os delirios podem revestir as mais variadas feições, como vamos vêr.

Fig. 18. — Demencia senil apathica

Demencia senil apathica. — Esta variedade é constituida exclusivamente á custa dos symptomas constantes de ordem mental; representa a doença na sua essencia e na sua maxima simplicidade.

Demencia senil delirante. — E' tambem chamada *anciosa*, porque os delirios que mais vezes a complicam se acompanham de estados angustiosos ou de anciedade, e *agitada*, porque n'ella se dão frequentemente reacções psychomotoras.

Os delirios mais frequentes da demencia senil são os melancolicos nas suas diversas modalidades, nomeadamente de *ruina* e *hypocondriaca*. E' inutil descrevel-os;

assentando, como os da paralysia geral, sobre um fundo de invalidade psychica, esses delirios são *dissociados* e eminentemente *pueris*.

O delirio melancolico póde levar o demente senil a tentativas de *suicidio*, ás vezes coroadas de exito; e a anciedade que frequentemente o acompanha, póde ser seguida de *actos violentos* contra as pessoas ou da destruição de objectos. Todavia, o que mais vezes se observa nos dementes senis melancolicos é um estado de inquietação, traduzindo-se por deslocações constantes, pequenas automutilações, inutilisação de roupas e gemidos.

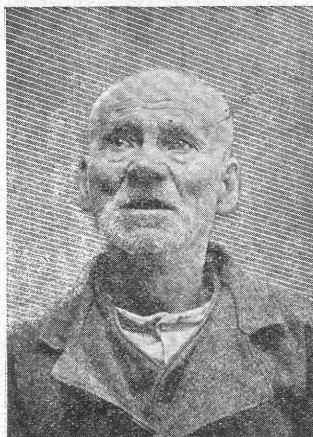



Fig. 19. — Demencia senil agitada (catarata dupla)

Dissociados *delirios de perseguição e de grandeza* surgem frequentemente.

Tenho observado alguns casos de *delirio ciumento* ou de infidelidade conjugal.

O *delirio de negação não é raro*. As *illusões* e *allucinações*, sobretudo da vista e do ouvido, provocam, associando-se á amnesia, um estado secundario de *confusão mental*, que leva os doentes a perderem-se dentro da propria casa e a não reconhecerem as pessoas de familia.

Evolução. — Na marcha da demencia senil reconhecem-se tres periodos: prodromico, de estado e terminal.

O *periodo prodromico* é caracterisado por *alterações de caracter*, por mais ou menos accentuada *depressão psychica*, por *insomnia*, por *delirios* e algumas vezes por *vertigens* ou mesmo por um *icto congestivo*.

O *periodo de estado* é profundamente assignalado

pelos symptomas constantes, sós ou acompanhados dos episodicos acima descriptos. Todos estes symptomas vão mais ou menos lentamente adquirindo intensidade; os constantes são progressivos, e os episodicos podem ser ou não remittentes.

O *periodo terminal* é marcado pelo apparecimento do *gatismo*, como consequencia de atonia dos esphincteres. E' n'este periodo que a *emaciação* se observa. Do lado mental o senil attinge a nullidade.

Morosa ou rapida, a *marcha* da demencia senil é *progressiva* e a *terminação* é a *morte*, quer por *intercorrencias*, quer por marasmo ou *cachexia*.

Prognostico. — O que acabamos de dizer sobre a marcha da demencia senil, sempre progressiva e implacavelmente mortal, denuncia a *gravidade maxima* do prognostico. O apparecimento de hemorrhagias cerebraes e de ictos epileptiformes permitte annunciar que a duração da doença será curta.

Diagnostico.— A demencia senil póde fazer pensar na *demencia paralytica*, de que se approxima não só por certos symptomas de ordem physica, mas pelo enfraquecimento geral das funcções psychicas. O diagnostico differencial não é, todavia, difficil de estabelecer, tendo-se em vista a falta, na demencia senil, das *dysarthrias* e do *signal de Argyll-Robertson*, que são constantes na paralysia geral. A *edade* e a *etiologia*, que costumam ser invocadas como elementos differenciaes, têm menos valor. Comquanto, em regra, a demencia senil appareça depois dos 60 annos e a paralysia geral entre os 35 e os 55, ha casos tardios d'esta psychopathia e casos precoces d'aquella; por outro lado, na historia anamnestica dos dementes senis figuram muitas vezes a *syphilis* e o *alcoolismo*, indiscutiveis factores etiologicos da paralysia geral.

O diagnostico differencial entre a demencia senil e a

melancolia assenta sobre os caracteres do *delirio*, que n'aquella é sempre, como dissemos, *dissociado* e *pueril*. Entretanto, julgo impossivel traçar uma precisa linha de separação entre a *demencia senil com delirio hypocondriaco* e a *melancolia dos velhos*, quando acompanhada do mesmo delirio. De resto, um tal diagnostico differencial é, sob todos os pontos de vista, sem importancia: o prognostico, o tratamento e a medicina legal dos dois casos são sensivelmente os mesmos.

Anatomia pathologica. — Atheroma vascular, atrophia das circumvoluções, zonas mais ou menos extensas de amollecimento, augmento do liquido cephalorachydiano e diminuição de peso, são as lesões *macroscopicas* da demencia senil.

As degenerescencias pigmentar e granulosa das cellulas corticaes, a desmyelinisação dos tubos, a proliferação sobreabundante da nevroglia e a obliteração dos capillares, são lesões *microscopicas* constantes.

Tratamento. — E' exclusivamente hygienico e symptomatico.

O *isolamento*, que na fórma apathica é dispensavel, está indicado na fórma delirante ou agitada.

O combate da *insomnia* deve fazer-se com a maior prudencia, proscrevendo o hydrato de chloral e a maioria dos hypnoticos, por causa do enfraquecido estado do coração; o *opio* é preferivel.

DEMENCIA POST-APOPLECTICA

Demencia hemorrhagica; demencia hemiplegica

Definição e variedades. — E' uma cerebropsychopathia caracterisada por diminuição parcial ou geral, progressiva ou estacionaria da mentalidade, por vezes acom-

panhada de phenomenos vesanicos e succedendo quer a hemorrhagia, quer a embolia e a trombose cerebraes.

As suas variedades são determinadas pela ausencia ou presença de symptomas de loucura (demencia post-apoplectica simples ou complicada), ou ainda pelas consequencias immediatas das lesões (demencia hemiplegica, demencia aphasica).

Etiologia.— A *hereditariedade* congestiva e arthritica representa aqui o mesmo papel predisponente que na demencia senil. A *arterioesclerose*, as *cardiopathias* e, na ordem moral, as *emoções* violentas ou repetidas têm um alto valor causal.

Symptomatologia e evolução.— A doença póde inciar-se bruscamente por uma *perda de consciencia* a que immediatamente succedem, do lado physico, um *compromisso da motilidade e da sensibilidade* (paralysias e anesthesias de séde variavel segundo a região cerebral attingida) ou *da linguagem* (aphasias), e, do lado psychico, um *deficit intellectual*, *affectivo* ou *da vontade*. Em regra, porém, ha um periodo prodromico, de variavel duração, somaticamente caracterisado por *cephaleia* intensa, *estados vertiginosos* e *perturbações do somno*, e, mentalmente, por uma *depressão* mais ou menos accentuada. A cephaleia, as vertigens e as insomnias costumam preceder de perto o ataque; mas o estado depressivo, que se traduz por indisposição para o trabalho, facil cançaço e tristeza, antecede ás vezes muito tempo o insulto cerebral. Sem causa exterior, o doente altera os seus habitos, torna-se indolente, distrahido, descura os proprios interesses e queixa-se de fraqueza; ao mesmo tempo faz-se irritavel, brusco, por vezes menos affectivo para os seus.

Ao insulto cerebral succede um *deficit psychico*, mais ou menos importante segundo a séde e a natureza da lesão.

Pelo que respeita á séde, diz Bianchi: «Em egualdade de circumstancias, as lesões do hemispherio esquerdo compromettem muito mais a intelligencia que as do direito, o que deve attribuir-se á localisação cerebral da linguagem.» O mesmo auctor escreve, relativamente á natureza da lesão: «Tem-se sustentado que os fócos hemorrhagicos perturbam a intelligencia muito menos que os amollecimentos... As razões parecem claras. A hemorrhagia tem por substracto anatomopathologico vascular os aneurismas miliares (Charcot e Bouchard), ao passo que os amollecimentos derivam da arterioesclerose diffusa com todas as suas consequencias sobre a nutrição do cerebro. A hemorrhagia é relativamente mais vulgar na edade presenil do que os amollecimentos, que pertencem sobretudo á velhice. Os amollecimentos complicam-se mais vezes que as hemorrhagias cerebraes, de diabete e de nephrite, e são mais frequentes no cortex, onde a hemorrhagia é um tanto rara.» O mesmo psychiatra faz ainda notar não só que os fócos de amollecimento cerebral são muitas vezes precedidos de arterioesclerose e de involução senil, mas que as tromboses, de que procedem, se repetem mais frequentemente ou a mais curtos intervallos que as hemorrhagias.

As lesões que affectam as zonas da linguagem, determinando *aphasias motoras e sensitivas*, são as que mais profundamente compromettem a intelligencia, privando-a dos symbolos indispensaveis aos processos da generalisação e do raciocinio.

As lesões circumscriptas ao lobulo occipital são muitas vezes a causa de *allucinações visuaes*.

As que irritam ou interrompem as fibras que passam pelo segmento anterior da capsula interna, provocam *o riso* e o *chôro espasmodicos* (Bianchi); o mesmo effeito produzem as que destróem o pé da frontal e pariental ascendentes (Brissaud, Mingazzini).

E' claro que nem todo o deficit mental consecutivo a

hemorrhagia, trombose ou embolia do cerebro, constitue uma demencia. Quando esse deficit é apenas sensivel, parcial e estacionario, como muitas vezes succede nos hemiplegicos esquerdos, os doentes, comquanto diminuidos em relação ao que foram anteriormente, podem ainda manter um nivel bastante elevado e continuar as suas funcções sociaes. A sua intelligencia é menos viva, a sua capacidade para o trabalho menor, a sua vontade menos energica; todavia não são dementes, porque a diminuição mental realisada não os colloca abaixo da maioria dos homens da mesma posição.

A demencia que succede a insultos cerebraes, tem os mesmos caracteres que a demencia senil, e póde, como ella, acompanhar-se de excitação, depressão, allucinações e delirios. Assim, ella offerece symptomas *constantes* e essenciaes, que são os de *deficit*, e symptomas *episodicos*, fortuitos, que são os da loucura. Crêmos inutil insistir sobre estas duas ordens de phenomenos, que são analogos aos da demencia senil.

Quando é progressiva, o que depende quer da extensão das lesões em fóco, quer da sua multiplicação por successivos ataques, a demencia post-apoplectica offerece um periodo terminal, que começa com a atonia dos esphincteres e se caracterisa, do lado mental, por uma sensivel e constante decadencia das funcções até ao silencio, e, do lado physico, por phenomenos dystrophicos podendo ir até á cachexia, se uma intercorrencia não victíma antes o doente.

Prognostico. — E' da *maxima gravidade*, porque são irreparaveis as lesões que determinam esta cerebropsychopathia.

Diagnostico. — A demencia post-apoplectica, realisando-se n'um individuo de avançada edade, póde ser confundida com a *demencia senil.*

Para estabelecer o diagnostico differencial deverá ter-se em vista que o *começo* das duas psychopathias é diverso: *lento* e eminentemente *insidioso* na demencia senil, *brusco* ou, pelo menos, um tanto *rapido* na demencia apoplectica. Na ausencia de anamnesticos, pleteia em favor d'esta ultima cerebropsychopathia a presença d'uma *hemi* ou *monoplegia* ou d'uma *aphasia*. Entretanto, a possivel confusão entre as duas doenças não tem gravidade, porque ambas são incuraveis e ambas implicam a irresponsabilidade criminal e a incapacidade civil; prognostico, therapeutica e medicina-legal são os mesmos.

Anatomia pathologica. — Encontral-a-ha o leitor nos livros da pathologia commum ou nos consagrados ao estudo das encephalopathias.

Tratamento. — E' apenas hygienico e symptomatico. A *excitação* e a *insomnia* serão combatidas pelos *banhos tepidos* e pelos *brometos* alcalinos. O uso dos hypnoticos deve fazer-se com a maior prudencia e apenas excepcionalmente.

PSYCHOPATHIAS SYPHILICAS

Lues cerebralis; syphilis cerebral; pseudo-paralysia geral syphilitica; epilepsia syphilitica

Definição e variedades. — A syphilis póde actuar de quatro modos diversos na génese de psychopathias:

1.º como causa commum depressiva, pela acção moral que exerce sobre o que a contráe;

2.º como agente infeccioso, produzindo uma intoxicação geral;

3.º como determinante de lesões cerebraes especificas;

4.º emfim, como elemento perturbador das trocas nu-

tritivas e da constituição individual, provocando indirecta e tardiamente lesões cerebraes não especificas e diffusas.

E' claro que não merecem a designação de *syphiliticas* todas as psychopathias geradas por estes quatro processos ou modos de acção. A neurasthenia e a melancolia, por exemplo, que não poucas vezes succedem immediatamente á constatação dos phenomenos primarios da syphilis, nada têm que as distinga da neurasthenia e da melancolia contrahidas sob a acção moral d'outras causas.

As psychopathias determinadas pela infecção no primeiro e segundo periodo, nada têm tambem de particular, porque affectam sempre a fórma de *confusão mental aguda*, que, n'uma das suas variedades, torpida ou allucinatoria, acompanha geralmente as infecções e intoxicações.

A paralysia geral em cuja etiologia figura a syphilis, denunciando-se por lesões cerebraes, nevroglicas e parenchymatosas, diffusas e não especificas, não é tambem uma psychopathia syphilitica, mas meta ou parasyphilitica.

Psychopathias syphiliticas são, pois, com exclusão de todas as outras que só a syphilis póde provocar, as determinadas por lesões cerebraes especificas.

Segundo a preponderante localisação d'estas lesões, podem reconhecer-se duas variedades: *psychopathias da base* e *psychopathias da convexidade*.

Ao lado d'esta divisão, que repousa sobre um criterio anatomico e, como veremos, symptomatico tambem, fazem alguns auctores uma outra, exclusivamente fundamentada nos symptomas, reconhecendo tres variedades: a *demencial*, a *delirante* e a *motora* (Galiana).

Etiologia.—A *syphylis* é a causa por excellencia; todavia, não falta quem, para explicar as localisações cerebraes da infecção, admitta uma *predisposição hereditaria* (Kéraval).

Symptomatologia.—Os phenomenos, tanto mentaes

como physicos, por que se revela a syphilis cerebral, variam consideravelmente não só com a séde e extensão das lesões fundamentaes e circumscriptas (gommas, inflammações), mas com as secundarias, diffusas ou em fóco (vasculares, hemorrhagicas, tromboses, embolias, amollecimentos).

Como symptomas communs devemos mencionar a *cephaleia*, os *vomitos* e as *vertigens*.

Nas *psychopathias da base*, os symptomas physicos dominantes são: as *paralysias* ou *paresias dos nervos craneanos*, a *nevrite optica*, as *paresias dos membros* e as *dysarthrias*.

Nas *psychopathias da convexidade*, os principaes symptomas somaticos são: as *convulsões* (epilepsias jacksoniana e generalisada), as *monoparesias* e as *perturbações aphasicas*.

Estes symptomas physicos são os que se observam na *meningite syphilitica*. As *gommas* isoladas podem dar logar aos symptomas das lesões em fóco; e tambem póde acontecer que os vasos cerebraes sejam interessados (arterite, endoarterite), tornando-se as suas paredes mais espessas e diminuindo o seu calibre até á obliteração, d'onde secundarias hemorrhagias e fócos de amollecimento com os symptomas estudados a proposito da demencia postapoplectica (hemiplegias, aphasias motoras ou sensoriaes e outros).

Os symptomas de ordem mental, cujo estudo nos interessa, são *demenciaes* ou de *deficit:* do lado da intelligencia, *fraqueza da attenção e da memoria*, mais ou menos accentuada *difficuldade de percepção* e *incapacidade para o trabalho;* do lado affectivo, *indifferença* e *egoismo;* do lado da vontade e do caracter, *apathia alternando com irritabilidade*, e, por vezes, *tendencias brutaes* e *orgiacas*.

Quando a symptomatologia se reduz a estes phenomenos de *deficit*, os doentes conservam a consciencia do seu estado (Tanzi).

Mas aos symptomas que acabamos de enumerar sobrepõem-se muitas vezes *manifestações delirantes e allucinatorias* de uma confusão mental episodica.

Quando os symptomas psychicos de deficit, acompanhados ou não de delirios, se conjugam com os phenomenos physicos basilares e com os que resultam de lesões vasculares diffusas, o quadro clinico de syphilis cerebral offerece muitos pontos de contacto com os da demencia paralytica: é este o caso da *pseudo-paralysia geral syphilitica*.

Quando os symptomas de deficit mental se conjugam com os phenomenos physicos da convexidade, o quadro clinico da syphilis do cerebro assemelha-se então ao da epilepsia, sobretudo se o doente offerece perturbações de caracter: é este o caso da *epilepsia syphilitica*, parcial ou generalisada.

Evolução. — O *começo* da syphilis cerebral póde dar-se de differentes modos. Umas vezes são os phenomenos demenciaes que abrem a scena e marcham progressivamente, seguindo-se-lhes de perto os symptomas motores; outras vezes são estes que marcam o inicio da doença, vindo depois um estado confusional a que succedem os phenomenos de *deficit* psychico; emfim, póde a psychopathia começar por cephaleia, vertigens e perda de consciencia, desenhando-se depois os symptomas motores e demenciaes.

A *marcha* da syphilis cerebral é, na generalidade dos casos, *remittente-exacerbante*. Mesmo independentemente de qualquer intervenção therapeutica, succede que os symptomas physicos e psychicos retrogradam; e as exacerbações sem causa apreciavel são tambem frequentes. Estas remittencias e exacerbações provariam que os symptomas da syphilis cerebral estão na dependencia não só

das lesões especificas de caracter destructivo, mas de perturbações circulatorias e da nutrição, determinadas pelo agente infeccioso (Tanzi). A demencia syphilitica não tem um ceracter irreparavel; é antes, muitas vezes, uma pseudo-demencia.

A *duração* e a *terminação* das psychopathias syphiliticas dependem, sobretudo, da intervenção ou não intervenção de um tratamento apropriado.

Prognostico. — Offerecendo uma certa *gravidade*, porque é raro que os symptomas de deficit mental desappareçam completamente, o prognostico não é todavia desesperado.

Em regra, é mais *severo* o da fórma basilar que o da convexa; é mais *benigno* na *juventude* e na *edade madura* que na *velhice*.

Reservar o prognostico, esperando os effeitos da medicação especifica, é o que a prudencia aconselha.

Diagnostico. — A differenciação entre a *pseudo-paralysia geral syphilitica* e a *demencia paralytica* offerece por vezes grandes difficuldades, porque os symptomas das duas psychopathias podem ser, n'um dado momento, de uma extrema similhança. O diagnostico differencial é todavia possivel quasi sempre.

Comquanto sujeitos a grandes remissões, os symptomas propriamente paralyticos da syphilis cerebral têm uma duração maior que os da periencephalite diffusa; na syphilis cerebral os phenomenos de deficit, em regra menos accentuados que na demencia paralytica, são susceptiveis de remissões consideraveis e mesmo de retrogradações definitivas, ao passo que na demencia paralytica são irreparaveis e progressivos; a dysarthria syphilitica não se acompanha, como a paralytica, das hesitações, repetições espasmodicas e transposições syllabicas; da infecção ás psychopathias syphiliticas decorre, em geral, menos tempo

que á demencia paralytica; as manifestações terciarias, excepcionaes da paralysia geral, apparecem com relativa frequencia nas psychoses syphiliticas; o tratamento mercurial, inefficaz na demencia paralytica, é quasi sempre seguido de bons resultados na syphilis cerebral.

O diagnostico differencial entre a *epilepsia syphilitica* e a *epilepsia idiopathica* far-se-ha pela *edade*, pela *historia anamnestica* do doente e pelos resultados do *tratamento especifico*. A epilepsia commum é, em regra, uma doença precoce, ao passo que a syphilitica é tardía; nos antecedentes familiaes e pessoaes dos epilepticos communs encontram-se nevropathias, psychoses, alcoolismo e congénitas perversões de caracter que faltam nos epilepticos syphiliticos; emfim, o tratamento mercurial, soberano na epilepsia syphilitica, é sem acção na epilepsia commum.

Anatomia pathologica. — Nos livros consagrados á syphilis encontral-a-ha o leitor em toda a sua extensão.

Tratamento. — Tem por base o mercurio que póde ser ministrado em fricções (4 a 5 gr. de unguento napolitano, diariamente) ou, melhor, em injecções intramusculares (1 centigr. de sublimado por injecção). O iodeto de potassio na dóse de 4 a 8 gr. por dia póde ser simultaneamente empregado com vantagem.

O tratamento é demorado e deve repetir-se, mesmo nos casos seguidos de exito. E' em regra, ao fim de duas ou tres semanas que os effeitos beneficos se observam.

PSYCHOPATHIA TRAUMATICA

Commoção cerebral: railway-brain

Definição e variedades. — Os traumatismos actuam na génese das psychopathias por tres modos diversos:

1.º pela commoção ou susto que provocam;

2.º determinando, como nos casos de fracturas craneanas, lesões em fóco (hemorrhagias, contusões);

3.º produzindo um quadro clinico particularmente caracterisado por inconsciencia inicial, amnesia circumscripta, confusão mental e, por vezes, phenomenos de deficit.

A designação de *traumaticas* applicada ás psychopathias geradas pelo primeiro e segundo d'estes modos de acção, não é, evidentemente, rigorosa.

Um traumatismo, determinando pelo susto a apparição de uma neurasthenia, de uma hysteria, de uma epilepsia, de uma loucura moral, de uma catatonia, ou de uma loucura periodica, actúa como qualquer agente depressivo de ordem physica ou psychica; as perturbações mentaes symptomaticas d'estas nevroses e psychoses não são differentes das que caracterisam as procedentes de outra origem.

As psychopathias que succedem a lesões em fóco determinadas por um traumatismo, tambem não são differentes das que succedem a essas mesmas lesões quando outra causa as produz.

Só a psychopathia gerada pelo terceiro dos modos de acção enunciados merece em rigor o nome de traumatica.

Não desconhecemos que uma subita emoção depressiva póde occasionar perturbações psychicas inteiramente analogas ás que determina um traumatismo. Este facto, porém, mostrando que a distincção entre causas physicas e moraes nada tem de rigorosa (Vid. pag. 25), não invalida o que acabamos de dizer; a emoção e o traumatismo que produzem o quadro clinico da psychopathia em questão, actuam do mesmo modo.

Segundo o tempo decorrido entre o traumatismo e os primeiros symptomas de ordem mental, tem-se reconhecido tres variedades de psychopathia traumatica: *precoce*, se os symptomas succedem immediatamente ao choque;

secundaria, se apparecem do segundo ao duodecimo dia; *tardia*, se apparecem ao fim de semanas ou mezes (Régis).

Etiologia.— Desde que extensos traumatismos deixam frequentemente de ser seguidos de perturbações mentaes, é impossivel comprehender a apparição da psychopathia traumatica sem admittir uma particular vulnerabilidade das cellulas nervosas, derivada, a maior parte das vezes, de uma *predisposição hereditaria*. Tambem, n'um certo numero de casos, preexistentes *insufficiencias renal*, *hepatica ou gastro-intestinal* explicam que as alterações nutritivas determinadas pelo traumatismo dêem logar a auto-intoxicações, de que os symptomas confusionaes constituem a expressão clinica; essas insufficiencias desempenham então o papel de causas predisponentes em concorrencia com a hereditariedade. Em grande numero de casos é possivel ainda invocar uma exo-intoxicação, nomeadamente o *alcoolismo*.

Symptomatologia e evolução. — O immediato effeito de um forte traumatismo é uma *perda* de consciencia, de variavel duração, seguida de *amnesia retro-anterograda;* e n'estes symptomas frequentemente se exgota a acção da causa.

Um segundo effeito possivel, mas não constante, é a formação de lesões macroscopicas em fóco, denunciadas, segundo a sua séde, por *paresias*, por *paralysias*, por *anesthesias* ou por *convulsões*. Se estes symptomas se dissipam pela reparação do tecido cerebral compromettido, o estado normal restabelece-se ao fim de um tempo mais ou menos longo de *confusão mental;* se, pelo contrario, elles subsistem, phenomenos de ordem mental succedem, estabelecendo-se então o quadro clinico que descrevemos a proposito da demencia post-apoplectica.

Na primeira d'estas hypotheses ha apenas um accidente psychopathico, sem consequencias. Na segunda ha uma

cerebropsychopathia, que só se designa pelo nome de traumatica, porque um traumatismo lhe deu origem; os seus symptomas confundem-se com os de todas as psychopathias procedentes de grosseiras lesões em fóco.

N'uma terceira hypothese, acontece que a seguir á inconsciencia inicial e á amnesia retro-anterograda surge, independentemente de apreciaveis phenomenos somaticos, uma *confusão mental*, torpida ou agitada, que póde tornar-se chronica ou desapparecer, deixando ou não depois de si phenomenos de deficit.

A inconsciencia post-traumatica tem uma duração variavel entre alguns minutos e algumas horas.

A amnesia retro-anterograda (Vid. pag. 50) cobre tambem um tempo muito variavel para traz e para diante do traumatismo. Emfim, a confusão mental póde evolucionar para a *cura*, para a *demencia parcial* ou ainda para a *demencia completa* com passagem pelo estado chronico.

A demencia parcial é caracterisada por symptomas de deficit: do lado da intelligencia, *attenção fatigavel*, *percepção lenta*, *hypomnesia* e, como consequencia, relativa *incapacidade para o trabalho;* do lado affectivo e da vontade, *embotamento* ou *perversão dos sentimentos*, mais ou menos apreciavel *irritabilidade* e *alterações de caracter*.

Se estes symptomas de deficit se accentuam progressivamente, a demencia completa é o termo natural da psychopathia.

Prognostico. — E' sempre *reservado*. Mesmo na ausencia de apreciaveis phenomenos somaticos, mesmo em face de uma evolução que se faz no sentido da cura, são para receiar as residuaes manifestações de enfraquecimento da intelligencia ou da vontade. Em regra, as psychopathias precoces são mais curaveis que as tardías. Emfim, não devemos esquecer que os traumatismos craneanos podem predispôr os que os soffrem para ulteriores

psychopathias que a mais ligeira causa physica ou moral determinará (Lasègue).

Diagnostico. — Conjugando os dados etiologicos com a amnesia retro-anterograda e os symptomas confusionaes, attingir-se-ha sempre o reconhecimento da psychopathia traumatica.

Anatomia pathologica. — As lesões macroscopicas faltam nos casos em que se não observam symptomas somaticos de ordem sensitiva e motora; mas não faltam nunca lesões microscopicas, nomeadamente as pequenas hemorrhagias capillares.

Natureza e pathogenia. — Notando que na psychopathia traumatica, precoce, secundaria ou tardía, não deixam nunca de observar-se symptomas confusionaes, somos levados a crêr que entre o choque e o estado de alienação se interpõe uma auto-intoxicação. Bianchi formula a hypothese de que nos graves traumatismos craneanos o cerebro perde o seu poder phagocitico e biometabolico sobre as substancias toxicas e os micro-organismos que circulam na economia, os quaes, por isso, têm facil presa sobre um orgão incapaz de os destruir.

Tratamento. — E' exclusivamente symptomatico.

IDIOTIA

Idiotia adquirida (Tanzi); cerebroplegia (König)

Definição e variedades. — As causas que, actuando sobre um cerebro adulto, produzem, mediante lesões diffusas ou circumscriptas os phenomenos de deficit que acabamos de estudar, determinam, incidindo sobre um cerebro

infantil, uma suspensão do desenvolvimento psychico. A esta suspensão, tributaria, não de uma accumulada herança psychopathica, mas de lesões produzidas por fortuitos e casuaes agentes etiologicos, damos com E. Tanzi, o nome de *idiotia*.

Esta definição, que, dissociando a idiotia da imbecilidade e da fraqueza de espirito a que sempre tem andado ligada, a desloca pela primeira vez do grupo das *degenerescencias* para dar-lhe um logar entre as *psychopathias accidentaes*, precisa de ser explicada e justificada, tanto ella rompe com as tradições do ensino psychiatrico.

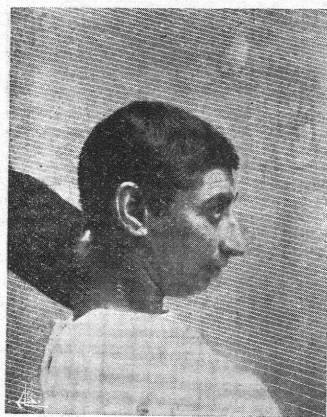
A partir de Esquirol, com effeito, têm sido invariavelmente consideradas simples graus intensivos de uma *degradação psychica hereditaria* a idiotia, a imbecilidade e a fraqueza de espirito. E o mesmo cretinismo, que nas mais recentes classificações conquistou um logar entre as *psychoses toxicas*, figurou longo tempo ao lado das suspensões psychicas hereditarias, a titulo de idiotia endemica. Um syndroma commum, a *insufficiencia mental primitiva*, ligava todas estas fórmas como membros de uma mesma familia ou variedades de um mesmo typo. Com as suas multiplas deformidades physicas, e a sua absoluta inintelligencia, o idiota sería o mais completo d'estes *atardados*, o seu genuino e legitimo representante; menos monstruoso e menos inintelligente, o imbecil viria a seguir; emfim, de aspecto já normal, já possuindo uma dóse de intelligencia sufficiente para lhe permittir o exercicio de uma profissão e o convivio dos outros homens, o fraco de espirito ou debil mental occuparia o ultimo e mais alto logar na linha que sobe da nullidade á normalidade psychica. Que o principal criterio d'esta distincção gradativa fosse procurado, com Esquirol, na linguagem (ausente no idiota, rudimentar e dysarthritica no imbecil, apenas indigente de vocabulario no debil), ou, com Sollier, no poder da attenção (nullo no idiota, pobre no imbecil, apenas frouxo e precario no debil), sempre os tres casos de suspensão psychica andavam indissoluvelmente ligados.

Galvanisando, no dizer de Tanzi, este capitulo dos estudos psychiatricos, Sollier descreveu em 1893, contrapondo-os, dois quadros clinicos, um da idiotia, outro da imbecilidade, e foi assim um dos precursores da doutrina *dualista* que hoje se affirma; infelizmente, não considerou a anatomia pathologica no seu trabalho, de caracter psychologico, e partiu da ideia de uma degenerescencia hereditaria, occulta sob todos os casos de suspensão. Giacomini, estudando os microcephalos, distinguiu os casos *pathologicos*, no sentido de Virchow, dos casos *atavicos*, no sentido de Vogt; e Bourneville e König mostraram pelas autopsias a necessidade, em que Morselli e De Sanctis insistiram, de admittir um *dualismo* de suspensões psychicas. Mas é em Tanzi que encontramos pela primeira vez, assente em bases etiologicas, anatomopathologicas e symptomaticas, a doutrina que radicalmente separa a idiotia da imbecilidade e que as palavras seguintes põem no maximo relêvo: «Não se trata apenas de distinguir duas cathegorias de atardados, dispostos em niveis differentes sobre a linha de degeneração; o que temos é, de um lado, imbecis mais ou menos graves por motivo hereditario, em regra pouco distantes da normalidade intellectual e *isentos de taras cerebropathicas*, e, do outro, em numero maior, idiotas por cerebropathia adquirida, em geral mais desprovidos de intelligencia, mas, salvo excepções, *livres de taras hereditarias*». Não menos claramente exprimem a doutrina dualista estas palavras do mesmo auctor: «A imbecilidade é congénita,

Fig. 20. — Idiota microcephalo

emquanto que a idiotia é adquirida, embora ao despontar da vida. A imbecilidade é menos uma doença que uma anomalia mental, e não perturba grandemente nem o desenvolvimento geral do corpo, nem as funcções nervosas de ordem inferior. A idiotia é o *reliquat* de processos anatomopathologicos conduzindo a uma glyose mais ou menos geral e que se manifestam clinicamente por irregularidades caracteristicas de movimento, de trophismo, de sensibilidade e de intelligencia, mas nem sempre graves ou multiplas, antes, por vezes, tão attenuadas e circumscriptas que deixam a bom numero de cerebropathas mais intelligencia que aos imbecis...»

Fig. 21. — Idiota microcephala

Não é precisamente, como se vê, o grau de intelligencia, mas a presença ou a falta de symptomas somaticos, sensitivo-motores ou trophicos, de uma cerebropathia, que distingue os idiotas dos imbecis.

Com risco de entrarmos a proposito de uma definição em considerações da natureza pathogenica, enunciaremos desde já as bases da nova doutrina.

Sob a incidencia das mesmas causas perturbadoras (traumatismos, intoxicações e infecções) reagem diversamente o cerebro adulto e o cerebro infantil, por phenomenos de confusão e de deficit mental ou por phenomenos de suspensão psychica, do mesmo modo que, na comparação elegante e justa de Brissaud, differentemente reagem á picada de um insecto o fructo maduro, apodrecendo em parte, e o fructo embryonario, atrophiando-se e perdendo-se.

A razão d'este duplo aspecto reaccional encontra-se na anatomophysiologia dos dois cerebros. Ao passo que no adulto os elementos nervosos se acham formados e a nevroglia não tem senão uma mediocre tendencia á proliferação, no infantil raras cellulas estão desenvolvidas, muitas fibras se encontram ainda sem myelina e a nevroglia offerece a maxima tendencia a uma exagerada multiplicação sob a influencia de causas irritativas. Assim, quando uma lesão se estabelece n'um cerebro infantil, a proliferação conjunctiva, excedendo os limites de certo modo protectores que exerce no cerebro adulto (não predisposto por infecções ou intoxicações chronicas), comprime o tecido nervoso em formação, impedindo-o de desenvolver-se e determinando por isso a perda das suas funcções. Como diz Tanzi, *a atrophia do systema nervoso e a exagerada proliferação nevroglica* é a formula commum das cerebropathias infantis, de que a idiotia constitue um caso.

A expansão do tecido conjunctivo á custa da atrophia e da necrose do tecido nobre explica sufficientemente porque no cerebro infantil as lesões em fóco produzem consequencias não menos graves que as devidas, no adulto, a lesões generalisadas ou diffusas. Figuremos, como faz o psychiatra italiano, um caso de embolia n'um adulto e n'uma creança. N'um e n'outro caso teremos a necrose dos elementos nervosos da zona irrigada pela arteria que se obturou; mas ao passo que no adulto a proliferação nevroglica se limitará á visinhança da região ischemiada, na creança ella prolongar-se-ha, invadindo um lobulo ou um hemispherio inteiro.

Da extensão das lesões cerebraes nas creanças derivam as suspensões de desenvolvimento, traduzindo-se não só em symptomas de ordem intellectual, mas de ordem sensitiva, motora e trophica. O quadro clinico da idiotia abrange, em regra, estes symptomas. Na imbecilidade, pelo contrario, não ha, como opportunamente veremos,

lesões cerebraes macroscopicas, nem phenomenos de alteração nutritiva ou de compromisso da sensibilidade e da motilidade; do lado somatico, só estygmas degenerativos se podem observar.

Tambem, como já notára Sollier, emquanto na idiotia se observam apenas *insufficiencias* psychicas, na imbecilidade observam-se *perversões* e *desvios* tanto intellectuaes (delirios) como affectivos e da vontade (odios, impulsos, immoralidade constitucional).

A herança morbida que é a causa unica da imbecilidade não representa muitas vezes na idiotia papel algum ou representa apenas o de causa predisponente, como em qualquer psychopathia accidental. E isto nos permitte explicar o facto, tantas vezes observado, da existencia de um idiota procedendo de paes sãos e tendo irmãos perfeitamente normaes. Nada de parecido se dá em relação aos imbecis, ultimo termo de uma geração tocada pelas nevropathias, pelas psychoses, pelas intoxicações chronicas e pelas doenças diathesicas.

As variedades da idiotia são numerosas, porque são multiplos os criterios que podem escolher-se para as formar: a *causa geradora*, o *grau de intelligencia* conservada, a *natureza das lesões cerebraes*, os *phenomenos somaticos*, outros ainda.

Mas são sem importancia pratica ou theorica as variedades assim constituidas. O que póde interessar-nos, dado o ponto de vista em que nos collocamos, é saber que cerebropathias infantis dão logar á idiotia. Ora são de tres ordens essas cerebropathias (Tanzi): as que se acompanham de paralysias, ou *cerebroplegias propriamente ditas;* as apareticas, mas que se acompanham de alguns compromissos das funcções motoras e trophicas (convulsões e atrophias), ou *cerebroplegias frustes;* e as que implicam insufficiencias intellectuaes com syptomas somaticos de ordem pathologica, ou *cerebroplegias psychicas.*

A idiotia que resulta das duas primeiras d'estas va-

riedades cerebropathicas, é a mais vulgar. A que deriva da ultima, é a mais rara; e, não se acompanhando de sensiveis compromissos da motilidade, parece contradizer o que expozemos de um modo geral sobre as differenças entre idiotia e imbecilidade. E' de notar, porém, que, se não ha n'esta fórma de idiotia symptomas de ordem motora, como nas outras, ha todavia *exagero de reflexos*, ha *irregularidades sensoriaes*, ha *hemiatrophia facial*, ha, emfim, *infantilismo somatico;* ora todos estes symptomas são tributarios de lesões cerebraes, quer dizer *pathologicos* e não *evolutivos* como os estygmas da degenerescencia nos imbecis.

Etiologia.— As causas determinantes da *idiotia* são os *traumatismos*, as *infecções* e as *intoxicações*, podendo actuar sobre o cerebro infantil quer no acto do nascimento ou depois d'elle (causas directas), quer, por intermedio da mãe, durante a vida intra-uterina (causas indirectas).

Pertencem ao primeiro d'estes grupos os traumatismos dos partos dystocicos e os post-nataes, assim como as infecções e as fortuitas intoxicações (medicamentosas, por exemplo), que surgem na primeira infancia; pertencem ao ultimo os traumatismos physicos e psychicos, as infecções e intoxicações agudas ou chronicas da mãe durante a gestação. E' congenita, sem todavia ser hereditaria, a idiotia que resulta de causas incidindo sobre o feto.

A hereditariedade póde faltar inteiramente; e, quando existe, não desempenha, em regra, senão o papel de causa predisponente, ao mesmo titulo que nas psychoses accidentaes. Isto não quer dizer, bem entendido, que as causas determinantes da idiotia não possam incidir sobre um cerebro de grande tara hereditaria, resultando d'este concurso de elementos etiologicos, endo e exogénes, um producto que, pertencendo á degenerescencia, offerece todavia os symptomas sensitivo-motores e trophicos da

idiotia. Entretanto, n'este caso não é, em rigor, de um idiota que se trata, mas de um imbecil accidentalmente cerebroplegico. Assim nós explicamos certos casos de *idiotia familial*, que Tanzi attribue a causas externas, no-

Fig. 22 — Irmãos idiotas-microcephalos

meadamente a infecções tendo actuado simultaneamente sobre individuos que vivem juntos. Esta interpretação dos factos parece-nos um pouco forçada, considerando que em muitos casos de idiotia familial os irmãos differem muito em edade.

Symptomatologia. — Estudaremos successivamente os symptomas *physicos* e *psychicos*.

Symptomas physicos. — São de tres ordens: *motores*, *sensitivos* e *trophicos*.

Os symptomas d'ordem motora são as *paralysias* e *paresias*, as *contracturas*, as *convulsões* e os *movimentos espasmodicos*.

As paralysias apparecem muitas vezes sob as fórmas *hemiplegica* e *paraplegica*, acompanhando-se de contracturas e de atrophias musculares e mesmo osseas dos membros interessados.

As convulsões manifestam-se sob a fórma de *epilepsia*, quer parcial ou *jacksoniana*, quer *generalisada*. Este syndroma é de uma extrema frequencia na idiotia. Os ataques, começando, em regra, por ser parciaes, não raro acabam por generalisar-se e offerecer o aspecto clinico da epilepsia essencial.

Os movimentos espasmodicos revestem umas vezes a fórma de *choreia*, mais ou menos extensa, outras vezes reduzem-se a *tics*.

O *estrabismo*, a *rigidez pupillar* á luz e o *nystagmo* são symptomas occulares de ordem motora muitas vezes observados. Do lado da linguagem, são vulgares as *dysarthrias*.

Os symptomas de ordem sensitiva consistem sobretudo em *diminuições funccionaes dos sentidos*. A *hemianopsia homonima* é rara; a *surdez verbal* observa-se mais vezes.

Os symptomas de ordem nutritiva consistem sobretudo em *atrophias*, que podem incidir sobre o tecido muscular, osseo e nervoso. A atrophia dos musculos é a mais commum. A atrophia dos ossos observa-se com frequencia nos membros paralysados. A atrophia do nervo optico está longe de ser excepcional.

Os *vicios de conformação* (microcephalia, macroce-

phalia, asymetrias craneanas), extremamente communs na idiotia, são tributarios de processos atrophicos.

Como symptoma somatico de equivoca interpretação observa-se frequentemente o *mutismo*, que póde ser effeito quer de surdez, quer de lesões cerebraes destructivas, quer de absoluta falta de intelligencia.

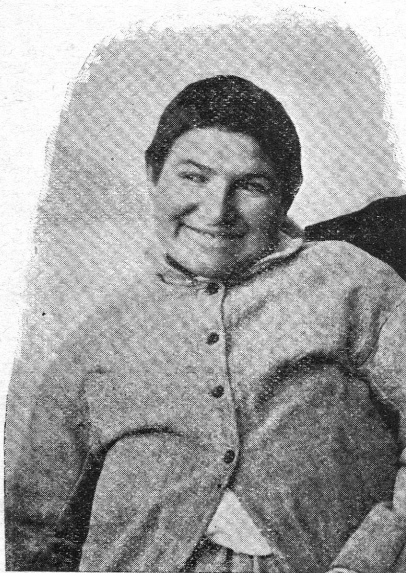



Fig. 23.— Idiota asymetrica

SYMPTOMAS PSYCHICOS.—São, como observa Tanzi, *negativos*, porque consistem em deficiencias ou insufficiencias da mentalidade em todas as suas manifestações: intellectuaes, affectivas, activas e de expressão. Communs á imbecilidade, estes symptomas serão descriptos quando nos occuparmos das degenerescencias inferiores. Por agora limitar-nos-hemos a notar que, ao contrario do que Bourneville affirmou, não ha proporcionalidade entre os phenomenos somaticos de paralysia e o grau de insufficiencia intellectual (Tanzi).

Evolução. — Os idiotas são, em regra, *estacionarios;* todavia, a educação póde *melhoral-os*, aproveitando e desenvolvendo algumas raras aptidões. Os idiotas epilepticos *baixam* constantemente.

Prognostico. — A vida dos idiotas é, de ordinario,

curta. Succumbem facilmente ás doenças intercorrentes; e os que são sujeitos a convulsões morrem com frequencia em *estado de mal epileptico*.

O que dissemos sobre a evolução permitte estabelecer a gravidade do prognostico sob o ponto de vista mental.

Diagnostico. — Caracterisada por symptomas de insufficiencia mental, a idiotia só póde confundir-se com a *imbecilidade* e com a *demencia*. O diagnostico differencial tem de ser feito principalmente sobre os anamnesticos.

O demente, disse Esquirol, é como o homem privado dos bens que possuia, como o rico tornado pobre; o idiota é como o homem que viveu sempre no infortunio e na miseria. A demencia é uma psychopathia da edade madura ou da velhice; a idiotia é uma doença de infancia. A primeira affecta um cerebro desenvolvido; a segunda, um cerebro em evolução.

A imbecilidade é uma degenerescencia, a idiotia uma enfermidade accidental. Os antecedentes hereditarios, multiplos e pesados nos imbecis, faltam ou são ligeiros nos idiotas. Os phenomenos somaticos, tributarios de lesões cerebraes ou propriamente pathologicos não faltam na idiotia; na imbecilidade, a ausencia d'elles é a regra. Nos imbecis ha *perversões psychicas*, intellectuaes e affectivas, que nos idiotas se não observam. Como psychopathia accidental, a idiotia apparece episodicamente n'uma geração; como degenerescencia, a imbecilidade tem um logar entre as psychopathias hereditarias.

Anatomia pathologica. — São de tres ordens as lesões cerebraes de que a idiotia procede: *vasculares* (anteriaes, venosas e capillares), *nevroglicas* e *parenchymatosas*.

As *primitivas* parecem ser as vasculares, consistindo em *embolias*, sobretudo da arteria sylvia, em *tromboses*, frequentes nos seios venosos da dura-mater, e em multiplas *hemorrhagias capillares*.

A proliferação excessiva da nevroglia, conduzindo ás escleroses e atrophias das circumvoluções, assim como as degenerescencias neuronicas, são consideradas lesões *secundarias*.

Tratamento. — A idiotia não comporta um tratamento *curativo*. Tudo quanto póde fazer-se, é combater a *epilepsia*, impedir pelas correntes electricas, pela massagem e pela gymnastica o progresso das atrophias musculares, corrigir pela orthopedia as deformidades osseas, tonificar o organismo pelos bons ares e pela boa alimentação e tirar o maximo partido possivel das aptidões existentes, mediante uma *educação*, que tem de ser toda individual e praticada em asylos especiaes ou institutos medico-pedagogicos.

Mas o verdadeiro tratamento deveria ser *prophylatico* e *social*, consistindo em combater a diffusão do alcoolismo e da syphilis e em crear a assistencia da mulher gravida e da creança (Tanzi).

CAPITULO IV

PSYCHOSES AFFECTIVAS

Constituem o *grupo de transição* entre as psychoses accidentaes e as constitucionaes, porque são um producto da convergencia de causas endo e exogénes, cuja relativa efficacia varía notavelmente de caso para caso. A's vezes as causas exogénes são importantes; outras, porém, o seu pouco valor força-nos a admittir da parte do doente uma forte predisposição, que a hereditariedade frequentemente explica.

MELANCOLIA

Lypemania (Esquirol); phase da psychose maniaco-depressiva (Kraepelin)

Definição e variedades. — E' uma psychose caracterisada por um prolongado *sentimento doloroso* de impotencia physica e mental, umas vezes resignado ou apenas inquieto (melancolia simples), outras angustioso e agitado (melancolia anciosa).

Com este apparente symptoma de ordem affectiva coexistem sempre na melancolia, além de consideraveis perturbações da vida nutritiva, um *affrouxamento dos processos ideomotores*, podendo levar os doentes ao mutismo e á immobilidade (melancolia atonita ou estupurosa), uma *alteração depressiva da cenesthesia, da sensibilidade especial*

e dos sentimentos e um mais ou menos consideravel *estreitamento da vida de relação*.

Como symptomas frequentes, mas não constantes observam-se os *delirios*, o *estupor*, a *anciedade*, as *allucinações* (melancolia delirante) e os *impulsos*.

Etiologia.— A *hereditariedade*, muitas vezes *similar*, desempenha um importante papel causal; depois, vêm todas as *causas depressivas*, endo e exogénes, physicas e moraes: doenças infecciosas, auto-intoxicações, miseria, excessos de trabalho physico e mental, hemorrhagias, onanismo, emoções subitas e violentas ou desgostos muito repetidos. Com razão fez notar Marcé a analogia entre a natureza da doença e a das causas.

A melancolia é mais frequente no *sexo feminino*, nas *profissões liberaes* e na *edade madura*, dos 30 aos 50 annos.

Symptomatologia.— Estudaremos successivamente os phenomenos *constantes* e os *episodicos* da melancolia.

Pertencem ao primeiro grupo os que se encontram em todas as variedades da psychose; ao segundo, os que apenas se observam em algumas.

SYMPTOMAS CONSTANTES. — São de duas ordens: physicos ou somaticos e psychicos ou mentaes.

Symptomas physicos. — Observaveis desde o periodo inicial da melancolia, confundem-se inteiramente com os da neurasthenia adquirida ou doença de Beard.

As *perturbações do somno* são precoces. Umas vezes os doentes não conseguem dormir ou dormem apenas um curto somno matinal; outras vezes adormecem apenas se deitam, mas para despertarem definitivamente logo depois. Os somnos são leves e povoados de sonhos maus, sobretudo, segundo a minha observação, de sonhos de impotencia (Vid. pag. 122).

A *cephaleia* é egualmente precoce. Os doentes accusam sensações de peso, de constricção, de augmento ou de penosa vacuidade da cabeça e de irritação do coiro cabelludo. A localisação occipital d'este symptoma é das mais frequentes.

As *perturbações gastro-intestinaes* acompanham sempre os phenomenos precedentes. Anorexia, lingua saburrosa, mau halito, meteorismo e constipação podendo alternar com crises dyarrheicas, observam-se constantemente.

As *perturbações respiratorias* tambem não faltam. Umas vezes (Mel. simples) o rythmo afrouxa-se notavelmente, outras (Mel. anciosa) accelera-se muito; mas a respiração é, em regra, superficial e incompleta.

As *perturbações circulatorias* acompanham as da respiração, consistindo umas vezes (Mel. simples e estuporosa) n'um consideravel afrouxamento do rythmo, outras vezes (Mel. anciosa) n'uma acceleração que póde ser excessiva, (tachicardia).

Constantes são ainda as perturbações de *innervação vasomotora*, explicando os edemas, o arrefecimento das extremidades, as alternativas de pallidez e rubor da face.

As *secreções* são diminuidas. A urina é escassa, hypertoxica, revelando exagero de materiaes de oxidação imperfeita, nomeadamente de oxalato de calcio, de indican; o succo gastrico é hypochlorydrico e hypertoxico; o suor é escasso ou nullo; a secreção biliar é diminuida.

O *sangue* é pobre em hemoglobina e em globulos rubros, o que explica o descoramento da pelle e das mucosas nos melancolicos.

A *temperatura* modifica-se, em regra, no sentido de um abaixamento, que attinge por vezes um grau centigrado (Tambroni) ou mesmo tres e quatro nas extremidades (Régis).

A *menstruação* é irregular. A amnorrheia observa-se

frequentemente no periodo inicial; as metrorrhagias apparecem ás vezes na proximidade da menopause.

As *funcções genitaes* diminuem até á frigidez ou impotencia, frequentemente observada.

A *força muscular* é diminuida (amyosthenia); d'aqui, uma persistente sensação de fadiga, uma invencivel repugnancia ao movimento e uma tendencia á estação horisontal.

Fig. 24. — Melancolia

A *sensibilidade* é embotada. Os sentidos funccionam preguiçosamente; todavia, observam-se com frequencia nevralgias diversas, nomeadamente rachyalgias lombares.

A *voz* é baixa, vellada; nos casos de extrema depressão os doentes chegam á aphonia por falta de tonicidade das cordas vocaes.

A *physionomia* e as *attitudes* do melancolico traduzem sempre o sentimento penoso de impotencia, de fadiga, de cançaço que o domina. A face parece alongar-se, para o que contribue o emagrecimento do primeiro periodo, os sulcos nasolabiaes profundam-se, o olhar torna-se apagado e a testa enruga-se n'um movimento inconsciente

de concentração dolorosa, que levanta e approxima as extremidades internas dos supracilios (omega melancolico, de Schüle). A falta de secreções cutaneas, dando á pelle e aos cabellos uma aridez caracteristica, augmenta o aspecto doloroso, envelhecido e exhausto do melancolico. As atitudes de abandono traduzem o desalento, a falta de energia e de confiança, o mal de viver. A cabeça pendida sobre o peito, os olhos meio cerrados, o dorso curvo, as mãos inertes dizem eloquentemente o sentimento geral de impotencia. Fóra das agitações episodicas da variedade anciosa, os movimentos são vagarosos, lentos, hesitantes.

Symptomas psychicos. — Observam-se nos dominios perceptivo, ideomotor e affectivo, determinando pelo seu conjuncto um estreitamento progressivo da vida social do doente.

As *perturbações perceptivas* abrangem a esphera dos sentidos especiaes e das sensações internas.

Das visceras, deprimidas, como acabamos de vêr, no seu dynamismo, recebe o cerebro por intermedio do grande sympathico toda uma incontavel série de impressões endoperiphericas de uma tonalidade inferior á costumada; dos orgãos sexuaes deixa de receber as que habitualmente lhe enviavam; e da medulla, das meningeas e dos musculos estriados são-lhe exportadas impressões novas e penosas (rachyalgia, cephaleia, fadiga). D'aqui, naturalmente, uma alteração mais ou menos profunda e sempre depressiva da *cenesthesia* (Vid. pag. 98) ou sentimento do proprio corpo. Este symptoma é capital e fecundo em consequencias; Régis escreve com razão: «A melancolia é, antes de tudo, uma doença da cenesthesia».

Mas a sensibilidade especial é tambem compromettida. As impressões epiperiphericas, como as endoperiphericas, soffrem um abaixamento de tom, de sorte que os sentidos funccionam em nivel intensivo anormal e inferior. A' ma-

neira dos neurasthenicos, os melancolicos denunciam invariavelmente uma *falta de relêvo das sensações exteriores*. Como o proprio corpo, o mundo que os cerca parece-lhes *diverso* do que era: a natureza tende a tornar-se para elles uma scenographia, e as pessoas afiguram-se-lhes *marionnettes* ou fantoches que um systema de relojoaria movimenta. Na variedade simples este symptoma é pouco nitido; os doentes dizem apenas que não vêem a natureza e as pessoas como antes, mas esbatidamente, como se um fino véu ou uma nevoa ligeira os separasse d'ellas. Na variedade anciosa, o symptoma adquire uma grande evidencia: os doentes sentem que falta a espontaneidade e a vida a tudo o que os cerca; pessoas e coisas obedecem, como aggregados inertes, a um frio mecanismo. A voz humana, o canto das aves, o aspecto das arvores, o curso das aguas, tudo é differente do que era, — apagado, extranho, insolito. Este symptoma decorre sempre parallelamente ao da alteração depressiva da cenesthesia; e os dois contribuem com a diminuição de sensibilidade affectiva, de que adiante fallaremos, a constituir o syndroma da *anesthesia psychica dolorosa* (Vid. pag. 43).

A *attenção* soffre sempre na melancolia um abaixamento sensivel. Como os neurasthenicos, os melancolicos queixam-se de que lhes é difficil e penosa a fixação voluntaria do pensamento: lêem, por exemplo, automaticamente paginas seguidas, de que não apanham o sentido; e, se a custo conseguem fixar a attenção sobre a leitura, sentem rapidamente a fadiga e um aggravamento da cephaleia. A visão e a audição attentas conduzem ao mesmo resultado.

A *memoria*, quer evocativa, quer de fixação, soffre um analogo abaixamento, que é sobretudo sensivel em relação ás imagens verbaes. Como o neurasthenico, o melancolico encontra difficilmente os termos, o que o força ao repetido emprego de periphrases ou de palavras vagas, como *coisa*, *aquillo*, destinadas a preencher lacunas de vocabulario. Este estado hypomnesico (Vid. pag. 48)

explica bem porque ao melancolico, uma vez curado, todo o tempo da doença lhe parece um periodo indistincto, nublado, sem contornos. Alguns d'estes doentes não conservam de longas viagens mais do que recordações vagas e fragmentarias.

A *associação* das ideias faz-se muito lentamente no melancolico. O numero de ideias em circulação parece restringir-se constantemente no campo da consciencia; e aquellas sobre que o espirito se concentra, as mesmas sempre, são penosas. A ideação tem um caracter elypsoide (Schüle).

A depressão da *vontade* não é menos sensivel que a do entendimento. O melancolico é um sêr sem iniciativa, sem resolução; todo o movimento lhe é penoso, todo o projecto se lhe afigura consideravel e de uma realisação difficil. D'aqui, desde todo o principio, o protellar incessante dos actos mais simples (responder a uma carta, pagar uma visita, fazer uma compra), a falta de confiança do doente em si proprio e as suas constantes hesitações. Esta abulia é progressiva e póde levar o doente á completa immobilidade, sendo necessario alimental-o, vestil-o e proceder á sua limpeza; o mutismo é de regra n'estes casos graves.

Este afrouxamento do dynanismo ideomotor sobrepõe-se na consciencia á perturbada cenesthesia; e da reunião d'estes dois elementos psychicos resulta o sentimento doloroso de impotencia geral, que vimos ser a caracteristica nota *affectiva* da melancolia.

Este sentimento, amplificando-se desde a phase prodromica da psychose pelos progressos incessantes dos elementos que lhe dão origem, acaba por occupar toda a consciencia, onde, na phrase de Schüle, não cabe senão a *ideia-dôr*. A partir d'este momento, todas as emoções e todos os sentimentos se desvanecem, o que, percebido pelo doente, acaba de constituir a *anesthesia psychica dolorosa*, que a cenesthesia morbida e a falta do relêvo

sensorial tinham iniciado. O doente sente dolorosamente que perdeu todos os fortes e profundos affectos que explicavam a sua vida; não ama os paes, não ama os irmãos, não ama os proprios filhos, não senté a piedade, a ternura, não vive, emfim, na communhão dos homens.

D'esta indifferença sentimental deriva, como inevitavel consequencia, um estreitamento cada vez maior da vida social do doente; na realidade, o melancolico vive isolado, dobrado sobre si mesmo, na exclusiva contemplação do Eu, que elle todavia reconhece apoucado e humilde.

Symptomas episodicos. —Denominamos assim aquelles cuja presença não é constante, nem essencial á constituição da doença. Estes symptomas são sempre secundarios e caracterisam no periodo de estado as variedades da melancolia.

Um d'elles é o *estupor*, que consiste na «completa suspensão de toda a manifestação exterior de actividade» (Régis). Só o rosto, contracturado, exprime e denuncía a dôr que absorve o doente; de resto, a inercia, a ausencia de movimentos é absoluta (immobilidade estatuaria). O doente permanece indefinidamente na mesma posição, — sentado, de pé ou deitado, sem reagir ás sollicitações do meio ou do proprio organismo, em que todos os desejos, todos os appetites, todas as necessidades parecem extinctos. Os membros tomam a posição que se lhes dá ou executam passivamente os movimentos que se lhes imprimem; todavia, offerecem por vezes uma certa resistencia automatica, de sorte que um braço, por exemplo, levantado e abandonado pelo observador, não cáe sempre inerte como cahiria o de um individuo anesthesiado, mas lentamente (flexibilitas cerea), ou permanece na posição em que foi collocado (catatonia). No estado de estupor a circulação e a respiração soffrem um afrouxamento sensivel: o pulso é lento, pequeno, e as excursões respiratorias são raras e de pequena amplitude. A temperatura cáe abaixo da cifra nor-

mal. Assim, as extremidades tornam-se violaceas e algidas (mão melancolica, de Ball). Inutil dizer que o melancolico estupido é sempre sitophobo e immundo e parece anesthesico e analgesico.

O estupor póde exprimir o mais alto grau da simples depressão, havendo casos, embora raros, em que a melancolia attonita, que elle caracterisa, succede immediatamente á melancolia simples como uma sorte de aggravamento; todavia, o estupor observa-se ordinariamente depois da anciedade e do delirio.

A *anciedade* não é senão o exagero da inquietude que em grau maior ou menor acompanha sempre o doloroso sentimento de impotencia, caracteristico da melancolia.

As perturbações da cenesthesia, da percepção exterior e da vontade determinam no melancolico a falta de confiança em si mesmo e um vago sentimento de inquietação e de receio. Intensificado até ao mêdo e ao terror, este sentimento torna-se anciedade e acompanha-se de uma dôr precordial, de uma sensação de angustia, de perturbações criticas da circulação (tachycardia) e de uma notavel desordem dos actos podendo ir até ás extremas violencias (rapto ancioso).

O *delirio* é dos symptomas episodicos da melancolia um dos mais frequentes; a sua associação com a anciedade é de regra.

As ideias morbidas que formam pela sua convergencia os delirios melancolicos, são as mais variadas pelo seu contheudo: ideias de humildade, de incapacidade, de ruina, de criminalidade e de peccado, de perseguição, de condemnação, hypocondriacas, de negação, de immortalidade, outras ainda. Todavia, quaesquer que ellas sejam, o delirio offerece sempre caracteres communs, que J. Séglas estudou com rara felicidade. Nada podemos fazer de melhor do que resumir esse estudo de grande alcance diagnostico.

O delirio melancolico é sempre *secundario*, porque

não surge senão em seguida aos symptomas constantes, de que na realidade constitue uma *tentativa de explicação* (Griesinger) ou, pelo menos, uma *adequada expressão ideativa* (Mattos). E', com effeito, do penoso sentimento de impotencia physica e moral, da tristeza sentida, que o melancolico deduz, por voluntaria ou automatica applicação do principio de causalidade, o seu delirio. Assim, para dar-se conta de um profundo abatimento que lhe parece traduzir o desamparo de Deus, tal melancolico, religioso praticante, evocará todo o seu passado, encontrando n'um velho peccadilho, que avoluma (confissão mal feita, falta a uma ceremonia de egreja), a explicação do seu caso. D'este modo, por introspecção e por um mecanismo logico voluntariamente accionado, se gera um delirio de culpabilidade, a que as ideias anteriores do doente imprimem um colorido mystico. Outro, de habituaes preoccupações economicas, verá na propria depressão uma causa de inevitavel miseria; e d'este modo um delirio de ruina expontaneamente surgirá como adequada expressão ideativa de um penoso sentimento de impotencia. Mas, automatico ou voluntariamente fabricado, o delirio succede sempre aos symptomas constantes e caracteristicos da melancolia, dos quaes deriva como effeito não necessario, mas possivel e frequente.

Não está averiguada a razão por que certos melancolicos se confinam dentro da sua depressão sem jámais invadirem os dominios das ideias falsas (Mel. simples), ao passo que outros cedo ou tarde resvalam no delirio. E' possivel que na explicação d'esta dualidade de casos entrem a maior ou menor depressão, a mais ou menos vulneravel sensibilidade individual e mesmo a maior ou menor accentuação da tendencia subjectivista e introspectiva d'esta ordem de doentes. Como quer que seja, o delirio tem sempre n'elles um caracter secundario.

Mas, por isso mesmo que é secundario e representa quer a voluntaria tentativa de explicação, quer a expon-

tanea e adequada expressão ideativa de um sentimento depressivo, o delirio melancolico tem sempre um caracter *penoso*. E tambem, porque esse sentimento depressivo é invasor e sobre si concentra toda a attenção do doente, o delirio que o traduz é *monotono* e *fixo*. A expressão verbal, exteriorisação d'esse delirio é, no dizer justo de Séglas, uma verdadeira «lithania». Ao contrario do que acontece nos delirios de systematisação progressiva, que incessantemente se complicam, no delirio melancolico as mesmas ideias penosas e fixas se traduzem monotonamente pelas mesmas expressões. Os anciosos gemedores passam dias, semanas, mezes e annos repetindo as mesmas exclamações de dôr (estereotypias verbaes).

Por outro lado, o sentimento penoso de impotencia psychophysica, de incapacidade pensante e de acção, imprime ao delirio que o traduz e exprime, um inconfundivel cunho de apoucamento e indignidade pessoal: o delirio melancolico é sempre *humilde*. Os doentes dizem-se inuteis, incapazes, arruinados, peccadores ou criminosos (auto-accusação), origens de immensas desgraças, indignos da consideração dos outros homens, indignos mesmo da piedade d'elles. As suas attitudes e os seus gestos são humildes: só hesitantemente apertam a mão que se lhes extende; não se sentam diante de alguem senão instados; correspondem com subserviencia a um simples cumprimento, dobrando-se, mantendo-se descobertos; fallam sem fitar o interlocutor, de olhos no chão. O seu nome litterario ou artistico, se o têm, não o mereceram, não o conquistaram, porque foram sempre uns nullos e uns subalternos; a sua posição social parece-lhes sempre immerecida. Sem aptidões para nada, vivendo parasitariamente, quereriam acabar; e os anciosos pedem insistentemente ao medico um toxico de acção segura e rapida. Diminuindo-se, apoucando-se, estes doentes «exaltam desmesuradamente, por uma sorte de contraste, a superioridade dos outros» (Séglas). Uma doente do meu serviço não cessa de pôr

em relêvo a intelligencia e a formosura das creadas que a servem e a quem se dirige como a senhoras.

O delirio melancolico é ainda *resignado* e *passivo*, mesmo quando existe anciedade. Por grande que seja o terror do doente em face dos castigos e dos tormentos que o esperam, elle acceita-os como merecidos; os seus actos violentos não representam propositos de rebeldia e de insubmissão, mas constituem apenas manifestações de uma dôr moral intensa.

O delirio da melancolia é *centrifugo* ou *divergente*, ao contrario do que acontece, como opportunamente veremos, com o delirio da paranoia. Ao passo, com effeito, que o paranoico se considera um ponto de convergencia, um centro de attenções hostis e de maleficios, que reputa injustos e de que se queixa, o melancolico é o ponto de que irradiam e divergem males e desgraças sobre os outros. O perseguido, por exemplo, é uma victima; o melancolico victíma os outros. Pelas suas relações, pela sua simples presença mesmo, o melancolico pensa prejudicar os amigos, a familia, os visinhos, os animaes e as plantas. No delirio melancolico de enormidade (Vid. pag. 74), o doente crê estiolar os vegetaes que toca, matar os animaes e os homens que d'elle se approximam, determinar epidemias, ser a causa de todos os males, ser um flagello. A mesma abstenção de actos por parte de certos melancolicos traduz esta ideia de prejuizo inflingido a outrem. J. Séglas falla de doentes que se confinam dentro de um absoluto mutismo, receiosos de que as suas palavras sejam causas de desgraças; uma anciosa do meu serviço obstinava-se em não comer, porque acreditava que a cada alimento ingerido correspondia a morte de uma companheira de enfermaria. O suicidio de muitos melancolicos não tem outra explicação.

Emfim, o delirio melancolico é *espectante*. Como vimos, um certo receio vago do futuro se observa sempre como companheiro do sentimento de incapacidade e de

falta de confiança do doente em si mesmo; assim, na propria melancolia simples elle apparece sob a fórma mitigada de *inquietude*. Na melancolia delirante esse receio transforma-se n'uma verdadeira emoção de mêdo e terror (Bianchi). Então o doente espera castigos tremendos que o apavoram, tormentos horriveis que o fazem tremer; as pessoas que d'elle se approximam, vêm buscal-o para o cadafalso, para a fogueira; sons que escuta, affiguram-se-lhe pancadas no caixão mortuario que lhe é destinado. Uma anciosa delirante do meu serviço vive no terror de que a levem para um imaginario subterraneo do manicomio onde será afogada; a cada sollicitação que se lhe faz no sentido de a deslocar para o leito, para a meza, para o jardim, entra n'um grande tremor e n'uma grande resistencia, gemendo que é chegada a hora do sacrificio.

Este caracter espectante do delirio melancolico não se oppõe de modo nenhum á feição *retrospectiva* que ás vezes toma; como observa Séglas, o delirio póde ser ao mesmo tempo uma e outra coisa. O doente que encontrou n'um acto culposo, phantastico ou real, do passado a causa explicativa do seu soffrimento (delirio retrospectivo), não deixa por isso de esperar e receiar o merecido castigo d'esse acto (delirio espectante). Podendo interessar o passado, o delirio melancolico interessa simultaneamente o futuro; a ideia de remorso implica a de expiação (Séglas).

As *allucinações* são symptomas episodicos da melancolia que apenas se observam na variedade delirante, em que todavia não são essenciaes. Podem affectar todos os sentidos. Os doentes ouvem vozes accusadoras e de ameaça, vêem scenas horriveis, sentem cheiros e gostos nauseabundos, e experimentam bizarras sensações tactis. A allucinação visual de incendios é, segundo a minha observação, uma das mais frequentes. As allucinações verbaes psychomotoras (Vid. pag. 67) observam-se mais vezes que as sensoriaes (Schüle, Séglas).

As *illusões* são tambem symptomas episodicos da melancolia delirante; a sua frequencia é maior que a das allucinações.

Pertencem ainda aos symptomas episodicos da melancolia os *impulsos*. Ausentes na melancolia simples, caracterisada por um estado abulico permanente (Vid. pag. 85), observam-se com frequencia na melancolia anciosa e delirante, dando a estas variedades uma alta e extrema gravidade.

A habitual depressão dos melancolicos não exclue a irritabilidade; mesmo na variedade simples, caracterisada pelo predominio do primeiro d'estes syndromas, o segundo apparece já sob a fórma de inquietação e de impaciencia morbida. O que verdadeiramente falta na melancolia, como na neurasthenia de fórma cerebral, é a *vontade* ou o poder inhibitorio e regulador dos actos. Assim, os impulsos surgem nas variedades anciosa e delirante menos como resultado de um exagero de estimulo que de uma falta de interferencia psychica (Vid. pag. 87).

Os impulsos *suicidas*, de *automutilação* e *homicidas* são os que, pela sua importancia clinica e medico-legal, merecem fixar a nossa attenção.

Póde seguramente affirmar-se que a ideia do suicidio acompanha todas as variedades e todos os periodos evolutivos da melancolia. O sentimento penoso de impotencia, caracteristico da psychose, gera naturalmente essa ideia. O que sobretudo nos prende á vida e nos faz amal-a, é uma cenesthesia normal; desde que ella se perturba, tornando-se de qualquer maneira penosa, a ideia do suicidio surge inevitavelmente no espirito. Todavia, nos melancolicos simples essa ideia não conduz a um acto, certamente porque o sentimento doloroso que a acompanha não é bastante energico. Estes doentes pensam na morte e acceital-a-hiam de bom grado, a titulo de libertação, se ella os procurasse sob a fórma expontanea de doença ou de

desastre; mas não marcham para ella, porque a tristeza que os conduz a encaral-a não é um estimulo bastante para vencer o obstaculo que a depressão e a fadiga oppõem á execução de actos complexos ou não habituaes. Decerto, estes doentes pensam incessantemente em acabar; sómente, como diz Régis, «il faudrait que la mort leur arrivât toute seule». O predominio da depressão sobre a irritabilidade, da abulia sobre a inquietação, constitue para elles um seguro preservativo contra o suicidio. E' preciso que o sentimento melancolico attinja a anciedade ou tenha gerado ideias delirantes para que a tendencia suicida, tornada impulso, rompa a habitual depressão e se exteriorise n'um acto decisivo.

Estas mesmas considerações se applicam ás tendencias automutiladoras, que na melancolia simples são sem importancia; para que ellas se manifestem por actos graves, é necessaria a presença da anciedade ou do delirio e, talvez, da analgesia que acompanha estes syndromas.

Os motivos que se oppõem ao suicidio e ás automutilações na melancolia simples, subsistem como obstaculo ás violencias contra outrem e nomeadamente ao homicidio.

Assim, repetimol-o, o suicidio, as automutilações e o homicidio são actos impulsivos que só se observam nas variedades anciosa e delirante da melancolia; e mesmo n'ellas estão longe de ser frequentes, ao menos nos manicomios, como o provam as estatisticas.

O suicidio melancolico é obra quer de um rapto ancioso, e realisa-se então imprevista e instantaneamente, quer de um delirio activo, succedendo n'este caso que o doente se mata para evitar a deshonra, a miseria ou o castigo de imaginarias faltas.

As automutilações graves observam-se de preferencia na melancolia delirante com predominio de ideias mysticas; é então sobre os orgãos genitaes, fontes de toda a culpa, que ellas principalmente incidem.

O homicidio melancolico recáe, em regra, sobre

pessoas de familia, as mais das vezes filhos, e reconhece as mesmas causas que presidem ao suicidio: o doente mata os que lhe são queridos para os subtrair á miseria, ás perseguições, á desconsideração geral, ao uso de um nome infamado e infamante...

A *sitophobia* (Vid. pag. 117) é dos symptomas episodicos da melancolia um dos que mais frequentemente se observam.

MELANCOLIA SIMPLES. — Esta variedade é tambem conhecida pelas designações de *depressão melancolica*, de *melancolia consciente*, de *hypocondria moral*, de *melancolia perplexa*, de *melancolia abulica*, de *melancolia passiva* e de *melancolia mysantropica*.

Observa-se raramente nos manicomios, porque se não acompanha de manifestações perturbadoras ou alarmantes para as familias; é na clinica civil que os exemplares d'esta variedade se encontram.

O doente reconhece, elle proprio, o seu estado de abatimento (mel. consciente) e não é por isso julgado um louco pelos que o cercam; a sua situação parece não ultrapassar muito a de um individuo moralmente affectado (hypocondria moral), em que toda a anormalidade se reduz a tristeza e abatimento (depressão melancolica) levando-o a evitar o convivio (mel. mysantropica), a falta de iniciativa e de expontaneidade (mel. abulica), a um habitual estado de inercia (mel. passiva) e a constantes hesitações da vontade (mel. perplexa).

Esta variedade é clinicamente caracterisada pela exclusiva presença dos symptomas que denominámos *constantes*. Em rigor, ella é o esqueleto, o eschema da doença, porque contem tudo o que na melancolia existe de essencial e nada do que n'ella é episodico e complicante; por isso succede que as outras variedades se não distinguem d'ella senão no periodo de estado de cada uma. Quando os

symptomas episodicos e mais ou menos tardios de anciedade, de estupor ou de delirio se não apresentaram ainda (periodo prodromico das respectivas variedades), ou quando já desappareceram na marcha da melancolia para a cura (periodo terminal), toda a symptomatologia da psychose se reduz á da variedade que estudamos.

O melancolico simples não se distingue do neurasthenico senão talvez porque a sua abulia e o seu estreitamento de vida social são mais accentuados. Mas esta discutivel differença intensiva de symptomas nada tem de essencial (Boissier, Mattos). O mesmo doente, observado do lado somatico pelo neuropathologista, chama-se neurasthenico; visto sobretudo do lado mental pelo psychiatra, chama-se melancolico simples. Isto procurámos demonstrar em 1897 n'um extenso trabalho em que pormenorisadamente confrontámos a symptomatologia dos melancolicos e neurasthenicos, pondo em relêvo os phenomenos somaticos dos primeiros e os phenomenos mentaes, psycasthenicos dos segundos.

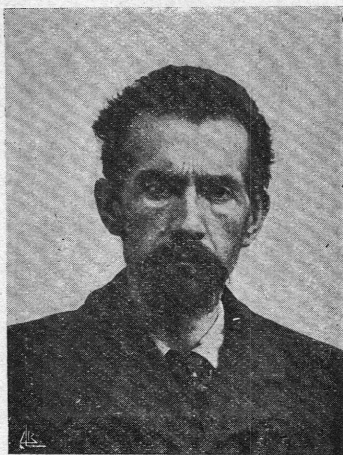



Fig. 25.—Mel. com delirio de enormidade

Melancolia delirante. — E' a esta variedade que particularmente cabe o nome de *lypemania*, creado por Esquirol.

Observa-se com frequencia nos manicomios. Não apparece *d'emblée*, antes é sempre precedida de uma phase inicial, mais ou menos longa, cujos symptomas são precisamente os da *melancolia simples*, isto é, os symptomas *constantes* da psychose.

O que caracterisa esta variedade é a presença de qualquer dos delirios cujo contheudo e cujos caracteres estudámos precedentemente. D'esses delirios, os de *negação* e de *enormidade*, que nos limitamos a mencionar (Vid. pag. 74), são os mais importantes. Em regra, só surgem n'uma adiantada phase da psychose.

Fig. 26.—Mel. anciosa com ideias de negação e de immortalidade

Melancolia anciosa. — Esta variedade é caracterisada por um *sentimento de angustia e de terror*, determinando, como reacção, movimentos desordenados e por vezes de uma extrema violencia; d'aqui a designação de *melancolia activa* que alguns auctores lhe dão.

Os doentes arrancam o cabello, arranham-se, contundem-se, lançam-se por terra, gemem, gritam e matam ou suicidam-se sob a influencia de um subito impulso que nada modera (rapto ancioso).

A physionomia dos anciosos traduz o maximo de intensidade dolorosa.

As perturbações organicas são muito extensas n'esta variedade; as circulatorias explicam a sensação dolorosa precordial, que é o tormento d'estes doentes.

A melancolia anciosa é de ordinario acompanhada de delirio.

Melancolia attonita. — E' caracterisada pela presença

do symptoma episodico de estupor, d'onde a designação de *melancolia estupida* por que é tambem conhecida.

Esta variedade está longe de ser frequente; como a anterior, anda de ordinario ligada a um delirio.

A immobilidade dos melancolicos estupidos não exclue a subita e inesperada apparição de impulsos immediatamente seguidos de actos de uma extrema violencia; e esta circumstancia torna estes doentes eminentemente perigosos. Os raptos são, em regra, de curta duração; terminados, os doentes reentram na sua dolorosa immobilidade estatuaria.

Evolução. — A melancolia reconhece um *periodo prodromico*, um *periodo de estado* e, se a marcha se faz no sentido da cura (mel. aguda ou subaguda), um *periodo de declinação*.

O primeiro d'estes periodos é caracterisado pela apparição dos symptomas, ainda esboçados, que descrevemos sob a designação de *constantes;* a accentuação d'elles, por si só ou acompanhada dos symptomas que estudámos sob o nome de *episodicos*, determina e caracterisa o segundo periodo, que representa a floração completa da doença e em que as suas variedades se definem. O ultimo periodo é caracterisado pela desapparição rapida ou lenta dos symptomas episodicos e constantes do periodo de estado.

A melancolia que não cura (mel. chronica), tende para a demencia ou crystallisa em delirios systematisados secundarios.

A *morte* marca frequentemente o fim dos melancolicos, muito sujeitos a toda a sorte de doenças intercorrentes e, sobretudo, segundo a minha experiencia, á tuberculose. A sitophobia prolongada, a despeito da regular alimentação pela sonda esophagica, apressa este desfecho. A morte subita observa-se algumas vezes na melancolia anciosa.

A marcha da melancolia é umas vezes *continua*, outras

remittente. A marcha contínua é a mais vulgar; a remittente observa-se nas variedades anciosa e delirante pela attenuação ou pela desapparição temporaria dos symptomas episodicos de que se acompanham, com persistencia dos symptomas constantes, embora elles proprios diminuidos de intensidade.

Prognostico. — Depende das condições do doente e da variedade que a melancolia reveste.

As probabilidades de cura são tanto maiores quanto menor é a edade do doente e melhor a sua organisação. Depois dos 50 annos os resultados favoraveis observam-se poucas vezes: e nos individuos constitucionalmente fracos ou accidentalmente enfraquecidos por longas doenças ou por grandes privações, a cura obtem-se difficilmente.

Uma pesada hereditariedade ensombra o prognostico.

A melancolia simples é eminentemente curavel; a anciosa e attonita curam menos vezes, sendo n'ellas que se observa a passagem ao estado chronico, aos delirios systematisados secundarios e á demencia. E' tambem n'estas variedades que a morte se observa mais vezes, quer por suicidio, quer por doenças agudas intercorrentes, quer, emfim, por marasmo e cachexia.

Nos casos favoraveis a duração da doença oscilla entre dois e seis mezes; e tem-se observado que as curas são mais frequentes na primavera.

A terminação favoravel póde fazer-se lenta ou rapidamente. No primeiro caso realisa-se uma série de melhoras, consistindo na attenuação e no desapparecimento dos symptomas episodicos e constantes; no segundo, todos esses symptomas desapparecem simultaneamente e sem previsão possivel. A cura por este ultimo processo é a menos desejavel, porque não é rara então a recidiva.

A passagem ao estado chronico annuncia-se pela diminuição progressiva do sentimento doloroso com per-

sistencia do delirio e de toda a sorte de estereotypias — verbaes, de attitude e de movimentos (Vid. pag. 89).

Anatomia pathologica.—As autopsias dos melancolicos descobrem por vezes importantes lesões do lado do estomago, do figado, do coração e, nas mulheres, do apparelho genital. Em compensação, não têm até hoje revelado lesões constantes e caracteristicas do lado do cerebro.

A ischemia, o edema e a alteração das cellulas corticaes com deslocação dos nucleos (Klippel) não são lesões constantes, nem privativas da melancolia. E sobre este facto se têm appoiado os que a classificam no grupo das *psychonevroses*, ou psychopathias funccionaes (Krafft-Ebing).

Natureza e pathogenia — Tem-se discutido muito a questão das relações existentes entre a *perturbação affectiva* por que se define a melancolia e os symptomas de ordem physica e moral que estudámos sob a designação de *constantes*.

E' a tristeza que provoca a insomnia, a cephaleia, a dyspepsia, as perturbações circulatorias, a alterada percepção do mundo exterior, o afrouxamento dos processos ideomotores? São, ao contrario, estes phenomenos que determinam o penoso estado affectivo do melancolico? Ou não são a tristeza e os phenomenos somaticos que sempre a acompanham senão manifestações simultaneas de uma só perturbação cerebral?

A solução do problema por uma resposta affirmativa á primeira d'estas perguntas, parece ter-se imposto aos antigos observadores, para quem a melancolia foi uma *loucura parcial*, uma fixação do espirito sobre ideias penosas (Esquirol, Baillarger); a lesão affectiva sería o antecedente logico e chronologico de todos os outros symptomas que surgiriam apenas a titulo de reacção.

Contemporaneamente, os factos têm sido vistos a uma

outra luz, predominando a doutrina que resolve o problema por uma resposta affirmativa á segunda das perguntas postas (Séglas, Régis...). A perturbação affectiva não sería n'esta ordem de ideias senão a traducção na consciencia, de uma cenesthesia alterada e de um retardo na dynamica mental (cenestopathia).

Emfim, a solução do problema por uma resposta affirmativa á terceira das perguntas formuladas, tem os seus adeptos (Krafft-Ebing, Dumas...). Segundo este modo de vêr, a perturação affectiva e os symptomas constantes da melancolia seríam apenas effeitos coexistentes de uma alteração nutritiva do cortex.

A doutrina que faz da perturbação affectiva o symptoma inicial da melancolia, seduz o espirito, porque parece corresponder á experiencia que no homem normal, ferido por uma desgraça, nos não permitte pôr em duvida a primitividade do soffrimento e o caracter secundario não só dos phenomenos somaticos consistindo em desarranjos trophicos, mas dos phenomenos psychicos de retardo ou afrouxamento na dynamica ideomotora. Todavia, a seducção d'esta doutrina desapparece desde que se analysam os factos. A dôr moral do homem ferido por uma desgraça, differe muito do sentimento penoso de impotencia, que essencialmente caracterisa a melancolia; uma coisa é o soffrimento agudo, a *psychalgia*, que resulta de uma representação mental, outra a consciencia de uma falta de energia, de uma incapacidade physica e psychica. E' certo que a dôr moral aguda, torturante, apparece na melancolia como reacção contra a anciedade e o delirio; mas é então um symptoma secundario e mais ou menos tardío, que acompanha variedades da doença, mas não caracterisa a propria doença, já constituida. Se a anciedade e o delirio desapparecem, a dôr moral aguda e afflictiva, a psychalgia, desapparece tambem; fica, porém, por mais ou menos tempo ainda o penoso sentimento de impotencia, que a psychalgia mascarára e que é o fundo verda-

deiramente caracteristico da psychose. Ora, este sentimento não é, como vimos, senão a percepção ou a consciencia de perturbações organicas, de um lado, e do afrouxamento psychico, do outro; a tristeza melancolica é, pois, a constatação ou o registo cerebral de uma impotencia psychophysica, de um abaixamento de toda a personalidade.

Tal é o nosso modo de vêr sobre a pathogenia da doença.

Diagnostico. — A melancolia, que estudámos como psychose autonoma, como doença, póde constituir tambem um syndroma, um estado transitorio ou uma phase de outra figura nosologica. Assim, a melancolia é algumas vezes apenas um accesso da loucura periodica, um syndroma da paralysia geral ou ainda um estado ephemero e reaccional da paranoia, e da confusão allucinatoria.

Diagnosticar um *estado melancolico* é quasi sempre facil, tão evidentes são os symptomas somaticos e psychicos da depressão; mas póde ser muito difficil diagnosticar a *melancolia* emquanto psychose autonoma.

O diagnostico differencial tem de assentar não só na constatação dos symptomas constantes, mas na evolução e na etiologia.

Os casos em que a melancolia apparece como *syndroma* ephemero ou como *estado reaccional* de outra psychose, são, em regra, faceis de reconhecer, por isso que por traz dos symptomas melancolicos estão os da psychopathia principal. Assim, a paralysia geral que offerece n'um dado momento o syndroma melancolico e, nomeadamente, o delirio de auto-accusação, não deixa por isso de offerecer os caracteres que lhe são privativos: o enfraquecimento demencial, os tremulos, as perturbações de linguagem. Do mesmo modo, a paranoia entrecortada na sua marcha por uma phase reaccional depressiva com tendencias ao suicidio, não deixa por este facto de representar a symptomatologia que lhe é propria e em que a egocen-

tricidade tem um papel culminante. A depressão reaccional do perseguido, farto de luctar sem exito contra poderosos inimigos, não o leva nunca a acceitar como justas e merecidas as acções de que é victima; pelo contrario, elle affirmará sempre a iniquidade d'essas acções e, ao inverso do melancolico, a propria innocencia. As mesmas considerações se applicam aos casos em que um estado depressivo com delirio de auto-accusação e de humildade surge no curso de uma confusão mental allucinatoria; os erros sensoriaes que caracterisam esta psychose têm na sua dependencia as ideias delirantes, que apparecem, não como interpretações de um sentimento de impotencia, mas como effeitos de falsas sensações.

O diagnostico differencial é, porém, muito difficil quando tem de estabelecer-se entre a melancolia-doença e a melancolia-accesso. N'este caso, a symptomatologia não basta; é preciso recorrer aos anamnesticos e á marcha.

As considerações feitas (Vid. pag. 163) sobre a concepção kraepelineana, segundo a qual a melancolia sería sempre uma simples phase da psychose maniaco-depressiva, permittem-nos ser breves sobre este ponto. Se a melancolia surgiu sem causa ou sob a influencia de uma causa exogéne insignificante e banal, se appareceu sem prodromos e tem logar n'um hereditario averiguado, ha todas as razões para pensar que ella não é senão um *accesso* ou phase clinica da loucura periodica, depressiva, de fórmas alternas ou circular. Se ella termina bruscamente, como principiou, augmentam ainda as razões para fixar este diagnostico. Mas se, pelo contrario, a melancolia se installou em seguida a causas depressivas sufficientes, se foi precedida de um periodo prodromico somaticamente bem caracterisado e tem logar n'um individuo sobre quem pesa uma ligeira hereditariedade e que nunca deu provas de desequilibrio mental, tudo pleiteia em favor de um diagnostico de melancolia-doença, de melancolia accidental.

A *melancolia attonita* ou *estupida* e a *confusão mental com estupor* são por vezes difficeis de distinguir. A proposito d'esta ultima psychose estudámos (Vid. pag. 223-224) os caracteres que permittem a differenciação entre as duas.

Tratamento. — O que dissemos sobre a pathogenia e a natureza d'esta psychose, permitte comprehender que todo o tratamento deve subordinar-se ás capitaes indicações de *desinfecção*, de *repouso* e de *tonificação*.

A *lavagem do estomago*, a *enteroclyse* e os *laxantes* serão empregados com exito, preenchendo a primeira das indicações. A inappetencia, a anorexia e mesmo a sitophobia estão frequentemente na dependencia de perturbações gastro-intestinaes, reveladas do modo mais evidente pela fetidez do halito e pela constipação.

O *repouso* é absolutamente indispensavel aos melancolicos e póde obter-se pelo *alectuamento*. Na grande maioria dos casos não é necessario que este meio seja empregado com uma excessiva severidade, mantendo-se o alienado ininterruptamente na cama. E' necessario que elle ahi permaneça a maior parte do dia, sobretudo no inverno; mas podem com vantagem conceder-se-lhe algumas horas de liberdade e de ar livre na primavera e no estio. Só na melancolia anciosa o alectuamento deve ser mantido com o maximo rigor.

E' indispensavel que o medico se opponha com toda a auctoridade e com toda a energia á estupida tendencia das familias a distrahirem estes doentes com passeios, viagens, theatros, jantares e reuniões. Todos estes processos distractivos, como usa dizer-se, não fazem senão augmentar a fadiga dos doentes, intensificar-lhes a cephaleia, exhaurir-lhes a attenção, forçar-lhes a vontade e humilhal-os pelo confronto com pessoas alegres, activas, bem dispostas.

O *isolamento* póde, em rigor, dispensar-se nos casos da melancolia simples; na melancolia anciosa, delirante

e attonita deve praticar-se, collocando o doente n'um manicomio publico ou particular. Estes melancolicos precisam absolutamente de uma vida monotona, egual, sem sensações, sem imprevistos, e de uma assistencia contínua, que só n'um asylo ou n'uma casa de saude podem encontrar. Os cuidados inintelligentes da familia e dos amigos procurando discutir os seus delirios e calmar os seus estados angustiosos por discursos suasorios, são contraproducentes.

A satisfazer a indicação capital do repouso contribue ainda a medicação calmante de que logo nos occuparemos.

A *tonificação* do doente deve fazer-se sobretudo pela *sobrealimentação*, uma vez dominados os symptomas toxicos. O leite, os ovos, a carne e a manteiga, de uma pureza e frescura garantidas, desempenham um alto papel organoleptico; os legumes e o assucar devem ser dados tambem. A melhor alimentação é a mais variada. Na melancolia simples póde dar-se com vantagem um pouco de vinho de pasto, de cerveja, de caffé e de chá. Nos estados anemicos e de emaciação, o ferro, o arsenico, o glycerophosphato de cal, a kola, a cóca, a quina e o oleo de figado de bacalhau (se é bem tolerado) podem ministrar-se com vantagem.

A *therapeutica sedante* está indicada nos casos de anciedade e de delirio. E' preciso combater a insomnia e o estado angustioso pelo emprego dos *banhos quentes de immersão* ou pelas *duchas tepidas*, segundo o estado geral do doente, e pela applicação systematica do opio.

Se o estado geral não é muito mau, os banhos de immersão a 38° ou 39° centig., durante uma a quatro horas, podem admiravelmente preencher a indicação calmante. Se a fraqueza e a emaciação são grandes, as duchas tepidas geraes de 2 a 5 minutos, uma ou duas vezes por dia, satisfazem tambem.

As duchas escossezas e frias devem reservar-se para

o periodo de convalescença; nas phases de invasão e de estado, não fariam senão excitar os doentes.

Os *hypnoticos* podem ser empregados pela bocca ou por via rectal. Os enemas devem ser preferidos quando o estado do estomago é mau. O sulfonal, o trional, o veronal, a bromidia, a urethana, a paraldehide empregam-se com exito no combate da insomnia; usando-os deve haver o cuidado de tactear a tolerancia do doente e de os variar.

Mas o tratamento sedante por excellencia n'esta psychose é o opiaceo. Alguns empregam a morphina em injecções subcutaneas, outros o extracto ou a tintura d'opio por via estomacal.. Voisin, que preconisa o chlorydrato de morphina, vae até á dose diaria de 1 gr., dividido por varias injecções. O receio de provocar a morphiomania, para que têm não pequena tendencia grande numero de nevro e psychopathas, leva-nos a preferir o extracto ou a tintura d'opio, que formulamos de modo que nem os doentes, nem as familias conheçam a substancia; nada mais vulgar, com effeito, do que uma injustificada, mas invencivel repugnancia por este heroico medicamento. As doses devem ser progressivas. Começando por 15 a 20 gottas diarias de tintura, em duas doses, póde subir-se até 70 e mesmo mais, tendo o cuidado de elevar a dose muito lentamente. As gottas devem ser diluidas n'um hydrolato qualquer, cuja dose permanecerá constante. E' claro que deverá vigiar-se o estado do intestino, combatendo a constipação, que o medicamento não deixa de produzir. Os resultados d'esta medicação, quando se attingem as doses convenientes (variaveis para cada individuo), são os melhores. Nos casos de agitação tumultuosa póde na poção d'opio administrar-se um brometo na dóse diaria de 4 a 6 gr.

Nos casos de sitophobia determinada por ideias delirantes, é preciso recorrer sem demora ao emprego da sonda esophagica (Vid. pag. 202), aproveitando-a tambem para ministrar os medicamentos.

Os passeios, as distracções, o trabalho e os banhos frios devem reservar-se para a convalescença. E' então tambem que os rigores do isolamento devem diminuir-se, permittindo curtas visitas das familias ou dos amigos aos doentes.

O que dissemos sobre as *tendencias suicidas* dos melancolicos permitte comprehender a necessidade de uma enfermagem intelligente e contínua.

MANIA

Phase da psychose maniaco-depressiva (Kraepelin)

Definição e variedades. — E' uma psychose caracterisada por um prolongado *sentimento expansivo* de força physica e moral, podendo ir desde a satisfação ou euphoria (excitação maniaca) até á maxima exaltação cerebral (mania typica).

Com este evidente symptoma de ordem affectiva coexistem na mania, além de perturbações somaticas, uma *acceleração dos processos ideomotores*, podendo levar á incoherencia e á impulsividade destructiva (mania grave), uma *alteração expansiva da cenesthesia, da sensibilidade especial e dos sentimentos* e um mais ou menos consideravel *alargamento da vida de relação.*

Como symptomas frequentes, mas não constantes, observam-se *delirios*, *erros sensoriaes* e *furor.*

Etiologia. — A *hereditariedade* representa n'esta psychose o mesmo papel que na melancolia.

Os *traumatismos*, as *insolações* e a *acção do calor*, têm sido notados como causas determinantes; em seguida vêm todas as que enumerámos a proposito da melancolia.

A maior frequencia é no *sexo feminino* e na *edade juvenil*, dos 15 aos 30 annos.

Symptomatologia. — Como fizemos tratando da melancolia, estudaremos aqui, successivamente, os symptomas *constantes* e *episodicos*, isto é, os que acompanham todas as variedades da mania e os que só em algumas se observam.

SYMPTOMAS CONSTANTES. — São de duas ordens: physicos e psychicos.

Sendo a mania idiopathica invariavelmente precedida de uma phase depressiva, mais ou menos longa, que constitue o seu periodo prodromico, é evidente que n'ella se observarão por mais ou menos tempo, a titulo de phenomenos premonitores, os symptomas d'ordem somatica enumerados como constantes na melancolia. Não os repetiremos aqui.

Os *symptomas physicos* de que vamos fallar, são os que se observam na mania confirmada.

As *perturbações do somno*, asomnia, agripnia e sonhos agitados, que começam no periodo prodromico, ainda indistincto, ainda vago, prolongam-se nos periodos ascendente e de estado, não cessando senão quando a doença declina, marchando para a cura, ou entra em chronicidade.

As *perturbações digestivas*, gastro-intestinaes, iniciadas no periodo prodromico por estado saburroso da lingua, fetidez do halito, meteorismo e constipação, prolongam-se nas phases ulteriores por mais ou menos tempo. Certo é, porém, que no periodo de estado, a digestão se regularisa e o appetite apparece, exagerando-se mesmo até á *voracidade*.

As *funcções circulatoria e respiratoria* acceleram-se sempre, mais ou menos.

As *secreções*, excepção feita da urina, que é escassa, acida, hypertoxica e carregada de uratos, tornam-se mais abundantes. A saliva é copiosa, fluida e de um maior poder diastasico (Cristiani). O succo gastrico, hyperchlo-

rydrico e hypertoxico, augmenta com a secreção salivar. O suor é abundante e fétido.

A *temperatura* conserva-se normal ou eleva-se de alguns decimos de graus nas phases de grande agitação motora.

As *perturbações menstruaes*, amnorrheia e dysmnorrheia observam-se sempre, cessando apenas, como a insomnia, quando a doença declina ou entra n'um franco estado chronico.

As *funcções genitaes* exageram-se sempre, não sendo raro observar-se a satyriase e a nymphomania, denunciadas por exhibição dos orgãos sexuaes, por onanismo e por violentos impulsos para toda a sorte de contactos lubricos, hetero e homosexuaes.

O impudor, a que dá origem a exacerbação genésica, é um symptoma dos mais caracteristicos.

A *força muscular* mantem-se e casos ha em que se exagera e exalta um pouco. E' todavia sem fundamento a ideia de que os maniacos dispõem de uma força prodigiosa. O que constantemente se observa e que, mal interpretado, originou esta falsa opinião, é uma *ausencia do sentimento de fadiga;* os maniacos sustentam, com effeito, semanas e mezes seguidos, sem apreciavel cançaço, uma agitação motora violenta e desordenada. A diminuição de peso e uma ligeira elevação thermica são os unicos signaes por que se traduz este excesso de trabalho muscular. Mas as experiencias dynamometricas provam que não existe ou é apenas sensivel o accrescimo de força.

A *sensibilidade* é difficil de apreciar, dada a versatil attenção d'estes doentes. Parece todavia que a sensibilidade thermica é diminuida, emquanto que a electrocutanea se conserva (Lombroso) e que a dos sentidos especiaes se exagera.

A *voz* é alta, vibrante, por vezes estridente; os gritos e os berros observam-se invariavelmente nas fórmas typica e furiosa.

A *physionomia* e as *attitudes* do maniaco fazem o mais violento contraste com as do melancolico. Animada por incessantes movimentos dos musculos que concorrem á expressão da alegria ou da cólera, a face do maniaco parece alargar-se; o riso afasta as comissuras da bocca e encurta o labio superior; emfim, a turgescencia da pelle e o brilho dos olhos dão-lhe um ar fresco, juvenil, remoçado. As attitudes exprimem bem-estar, satisfação de viver, ás vezes orgulho, sentimentos aggressivos e sempre força, poder, confiança. Os movimentos são rapidos, faceis, variados, muitas vezes tumultuosos.

Os *symptomas psychicos* observam-se nos dominios perceptivo, ideomotor e affectivo.

As *alterações perceptivas*, que se referem aos sentidos especialisados e ás sensações internas, contrastam com as da melancolia.

Da sobreactividade visceral e muscular dos maniacos resulta que o seu cerebro recebe, por intermedio do sympathico, um indefinido numero de sensações internas ou endoperiphericas de uma tonalidade superior á normal; d'aqui, uma cenesthesia exaltada ou um sentimento de bem-estar, de força, de energia e de confiança, que é o opposto do sentimento de dôr, de impotencia, de cançaço e de perplexidade, caracteristico dos melancolicos.

Exaltada a seu turno, a sensibilidade especial origina sensações epiperiphericas intensas, que explicam porque o mundo exterior, que para o melancolico tende a tornar-se uma scenographia mecanicamente movida, é para o maniaco alguma coisa de vivo, de animado e de attrahente. As sensações do maniaco são sempre nitidas, de um forte relêvo e sempre acompanhadas de sentimentos tonicos.

A *attenção* é nos maniacos *diffusa*. A voluntaria não existe; e a expontanea, longe de concentrar-se na auto-observação, como nos melancolicos, está inteiramente á mercê das cambiantes impressões exteriores.

A *memoria* exalta-se na mania. Os doentes evocam com extrema facilidade; e, se nem sempre fixam bem, é devido este facto ao caracter diffuso da attenção. A hypermnesia evocativa é por vezes maravilhosa.

A *associação das ideias*, que no melancolico se faz lentamente, é no maniaco facil, accelerada, podendo ir até á *fuga* ou *falsa incoherencia* (Vid. pag. 78-79).

A *exaltação da vontade* ou, melhor, da actividade psychomotora é um phenomeno que invariavelmente se observa na mania e que faz contraste com a indecisão e a abulia dos melancolicos. O maniaco é um sêr essencialmente movimentado, em perpetua acção, em constante deslocamento. Os seus actos são em parte consequencias de uma energica e rapidissima ideação de forte tonalidade sentimental, em parte resultados de excitações da corticalidade motora. Os primeiros são motivados, embora uma superficial observação leve a suppor o contrario; os outros são verdadeiramente impulsivos e subconscientes. Quando a confusão mental abusivamente se integrava na mania, era opinião corrente que a grande maioria dos actos maniacos pertenciam ao segundo d'estes grupos; hoje que a separação das duas psychoses foi solidamente estabelecida, deve affirmar-se que elles pertencem ao primeiro (Tanzi).

Do conjuncto dos symptomas que acabamos de passar em revista, resulta como inevitavel consequencia um alargamento, uma *expansão da vida social* do maniaco. Ao contrario do melancolico vivendo confinado em si mesmo, absorvido na sua dôr, indifferente ao mundo externo e á communhão dos homens, o maniaco sente-se bem no contacto das coisas e das pessoas, alarga as suas relações, multiplica os seus contactos e as suas adherencias com o ambiente.

Symptomas episodicos. — São, como dissemos, os que se observam apenas em algumas variedades da mania, não sendo essenciaes á constituição da psychose.

Entram n'esta cathegoria os *erros sensoriaes*, os *delirios* e o *furor*.

As *illusões* são extremamente frequentes na mania, mas não essenciaes, porque pódem faltar na sua fórma mitigada (excitação maniaca ou hypomania). E' na mania typica e na mania furiosa que ellas se observam, sendo preponderantes as *visuaes*. Então, o doente vê os objectos deformados e confunde as pessoas, imaginando reconhecer individuos extranhos a quem dá os nomes de antigas relações; este ultimo facto é extremamente commum *(illusões palingnosticas)*.

E' duvidoso que os maniacos experimentem verdadeiras *allucinações*. Estes phenomenos dependem muito menos de irritações directas dos centros sensoriaes do cortex que da sua excitação indirecta, a distancia, ideativa; por outros termos: a allucinação é mais a objectivação de uma ideia incessantemente repetida, que o resultado de um estimulo local dos centros sensoriaes. Ora, talvez porque a ideação dos maniacos é essencialmente tumultuaria, variavel, renovada, as allucinações, se existem, são muito raras. Inclinamo-nos a crêr, com a maioria dos manigraphos, que, affirmando a presença de allucinações, se não faz senão confundir estes phenomenos com os seus similares, as illusões.

Os *delirios* são tambem symptomas episodicos da mania, porque faltam na sua fórma ligeira. Quando se realisam, esses delirios são os mais variados. O ambicioso observa-se frequentemente, revestindo ás vezes uma tinta mystica; o erotico é frequentissimo tambem, o que está d'accordo com a sobreactividade e excitação dos orgãos genitaes; o persecutorio é raro e, a meu vêr, um producto artificial das restricções oppostas á liberdade e ás tendencias expansivas d'estes doentes.

E' de notar que todos estes delirios são *diffusos*, dissociados, *desprovidos de systematisação*, sempre *variaveis* e as mais das vezes *transitorios*.

O *furor*, que caracterisa a mania grave, falta na hypomania e é accidental na variedade typica da psychose; consiste na realisação de impulsos e tendencias destructivas contra as pessoas e as coisas. Este symptoma pode ser uma simples manifestação da *cólera*, que em grau maior ou menor acompanha o sentimento de energia, quando contrariado, ou o effeito de uma *excitação directa e local dos centros motores corticaes*. Extremamente vulgar no tempo em que se abusava dos meios contentivos e restrictivos na assistencia dos maniacos, este symptoma observa-se hoje poucas vezes e só de um modo relativamente transitorio.

Hypomania. — Esta variedade é tambem conhecida pelas designações de *excitação maniaca*, de *mania mitigada* e de *mania benigna*.

Constituida apenas pelos symptomas constantes e essenciaes, póde existir isoladamente, formando toda a doença, ou ser o seu primeiro e ultimo periodo, a sua phase de começo e de terminação; ella está para a mania como a depressão melancolica para a melancolia.

Os hypomaniacos observam-se raras vezes nos manicomios, porque a sua excitação, ainda compativel com a vida em commum, não exige das familias um severo internato; é na clinica civil e nas casas de saude que estes doentes frequentemente se encontram.

A hypomania caracterisa-se clinicamente por uma excitação moderada de todas as funcções physicas e psychicas originando um sentimento de bem-estar ou de euphoria. Rapidamente observado, o hypomaniaco não differe sensivelmente de um homem alegre e em *verve;* e só pela duração o seu estado morbido se distingue symptomaticamente da phase inicial de embriaguez nos individuos expansivos. Contentes comsigo e com o mundo que os cerca, os hypomaniacos vêem tudo côr de rosa, como os deprimidos melancolicos vêem tudo cinzento escuro. E este

contentamento traduz-se na physionomia animada, nos gestos desbordantes, na linguagem declamatoria e prolixa, nos movimentos rapidos e variados.

A *hypermnesia* e o *accelerado curso das ideias* elevam

Fig. 27. — Hypomania

sensivelmente o nivel intellectual d'estes doentes, dando-lhes a replica facil e o dito de espirito, deparando-lhes juizos imprevistos e pondo-os no caminho do humorismo pelas associações de contraste e pelos paradoxos. Contrariados nas suas affirmações, defendem-se pela ironia

e pelo sarcasmo, beliscando ou ferindo certeiramente o contendor.

D'esta disposição intellectual derivam dois factos caracteristicos: a creação de projectos ambiciosos e a necessidade imperiosa de exteriorisação pela palavra, fallada ou escripta.

A natureza dos projectos, — politica, scientifica, artistica, mercantil ou industrial, varía com a educação, a cultura e os habitos mentaes dos doentes. Mas a attenção diffusa e instavel impede-os de proseguir efficazmente qualquer plano: esboçam tudo e nada acabam.

Por outro lado, os hypomaniacos são sempre verborrheicos e graphomanos.

A *loquacidade* d'estes doentes é verdadeiramente fatigante; não sabem escutar, não se interrompem, não têm a noção do tempo e são o supplicio de quem os ouve.

A sua *escripta incontinente* é tambem intoleravel; felizes por vezes na expressão, perdem-se em incidentes e, sem sahirem da coherencia e da logica, são diffusos, prolixos, não têm o sentimento da medida e acabam por impacientar quem os lê.

Esta verborrheia e esta graphomania, postas ao serviço da politica em epochas tumultuosas, explicam o successo de certos tribunos e pamphletarios historicos.

A *gesticulação abundante*, energica, excessiva, é um complemento da loquacidade.

As *attitudes*, os *movimentos* e a *maneira de vestir* d'estes doentes traduzem pela altivez, pela exuberancia, pelo colorido dos estofos, pela excentricidade ou pelo exagero do córte a disposição expansiva do seu espirito. Muitos tomam um ar de superioridade absolutamente chocante e ridiculo; outros procuram imitar uma celebridade, um artista ou um escriptor em voga, reproduzindo os seus gestos, as suas *toilettes*, mesmo os seus defeitos apparentes.

A *vida social* dos hypomaniacos tende naturalmente

a alargar-se. A expansibilidade condul-os a multiplicar as relações mundanas ao acaso das circumstancias; e o exagero do dynamismo cerebral, combinando-se com a ausencia do sentimento de fadiga, arrasta-os a um movimento incessante, que os põe em contacto com todas as camadas e com todos os meios collectivos. Entretanto, por deficiencia de forças inhibitorias, essa vida é apenas uma inutil dispersão de energias, uma desordem e um mais ou menos sensivel conflicto com os costumes. A familiaridade que se permittem com extranhos e superiores hierarchicos; a excitação sexual que os conduz ao emprego de uma linguagem equivoca; as attitudes provocantes; a discussão de assumptos escabrosos; a tendencia ironista, que os faz, uma vez contrariados, denunciar e pôr em relêvo os ridiculos do adversario; a vaidade, que irresistivelmente os lança no elogio de si mesmos; a incontinencia verbal, que os faz exteriorisar os mais intimos segredos e as mais delicadas confidencias; a altura inutilmente excessiva da voz e a abundancia por vezes simiesca dos movimentos; as visitas desnecessarias, inopportunas e prolongadas, — tudo isto faz dos hypomaniacos creaturas de um commercio difficil, de um convivio pouco supportavel. De resto, a tendencia d'estes doentes ás despezas excessivas, aos abusos do alcool, á frequentação dos prostibulos e ás ligações perigosas ou deprimentes, torna-os um constante tormento para as familias.

Mania typica. — Como dissemos, a hypomania constitue algumas vezes toda a doença, reduzida assim aos seus symptomas constantes e essenciaes; na maioria dos casos, porém, ella não é senão a phase inicial ou o periodo ascendente da mania typica.

Esta fórma commum da psychose distingue-se da precedente pelo exagero dos symptomas que acabamos de descrever e pela presença de erros sensoriaes e delirios, a que já nos referimos de passagem.

A intensificação da dynamica ideomotora implica a incoherencia e uma viva agitação podendo ir episodicamente até ao furor.

A *incoherencia* ou fuga das ideias, resultado de uma acceleração excessiva dos processos associativos, torna incomprehensivel a linguagem fallada e escripta d'estes doentes. Na hypomania, a despeito da exagerada facilidade do curso das ideias, traduzindo-se pela rapida passagem de um assumpto a outro, a logica é ainda conservada, como notámos; na mania typica ella desapparece, de sorte que a linguagem não passa de um fluxo de palavras cujos unicos laços de associação se reduzem muitas vezes a *consonancias* (linguagem rimada).

Fig. 28. — Mania typica (Phase chronica)

Na esphera motora, o exagero de movimentos, caracteristico da hypomania, degenera na mania typica em *agitação*, em desordem, por vezes em transitorio furor. Os doentes saltam, contundem-se, lançam-se por terra, batem ás portas, correm, fazem esgares, desnudam-se, berram desesperadamente, lançam gritos agudos e entram por vezes em violencias contra as coisas e as pessoas.

A *attenção voluntaria*, diffusa na hypomania, torna-se *incoercivel* na mania typica. Só casualmente e em breves instantes de remissão é possivel obter d'estes doentes uma

resposta precisa e exacta; d'aqui a falta de confiança nos resultados da exploração somatica da sensibilidade.

Como symptomas novos, apparecem na mania typica as *illusões;* as mais frequentes são, em primeiro logar, as visuaes e, depois, as auditivas. A confusão de pessoas (falso reconhecimento), a deformação dos objectos (diminuidos, augmentados ou alterados no seu perimetro e relêvo), e a falsa interpretação de sons são phenomenos constantes na mania typica. Estes erros podem ser um resultado quer de hyperesthesia sensorial, quer da rapidez excessiva com que os doentes acolhem as impressões externas e as integram, sem ulterior elaboração, no proprio psychismo (Agostini).

Os *delirios* eminentemente *variaveis* e *dissociados*, como dissemos, têm origem umas vezes nas alterações cenestheticas, outras, nos erros sensoriaes. Reconhecem evidentemente a primeira d'estas origens, os delirios eroticos e os de grandeza; os de perseguição filiam-se não raramente nas illusões sensoriaes, que transformam em injurias as palavras indifferentes e os ruidos ordinarios.

Estes doentes são de uma revoltante immundicie, entretendo-se a barrar de fezes as paredes dos quartos, urinando no fato, no chão e na roupa da cama, cuspindo sobre tudo e sobre todos.

São tambem de uma grande voracidade e tomam os alimentos da maneira mais repugnante, apanhando-os com as mãos e misturando-os todos, solidos e liquidos.

Rasgando-se e conspurcando-se incessantemente, gostam comtudo de affixar sobre o peito, á maneira de emblemas e decorações, pedaços de papel, folhas d'arvores, flores, botões, fitas, pequenas pedras, tudo, emfim, que o acaso lhes depara.

MANIA COM FUROR. — Conhecida tambem pela designação de *mania grave*, esta variedade caracterisa-se pela persistencia de inclinações destructivas, geradas quer pela

emoção de cólera, quer pela irritação local dos centros motores corticaes.

Do mesmo modo que, na depressão melancolica, ao resignado sentimento de impotencia se allia já uma *inquietação*, que mais tarde póde intensificar-se até á emoção de mêdo e provocar a *angustia*, caracteristica da melancolia anciosa, assim na excitação maniaca o sentimento de euphoria se acompanha sempre de uma *irritabilidade* revelada pela ironia e pela critica impiedosa do ambiente e que mais tarde póde tornar-se a *cólera* destructiva ou o *furor* caracteristico da mania grave. Na hypomania estão contidos os germes de todos os symptomas da mania, como na depressão melancolica estão os germes de todos os phenomenos da melancolia.

O furor, que na mania typica surge accidentalmente e de um modo transitorio como effeito de contrariedades soffridas pelos doentes, é persistente na mania grave, em que não reconhece uma sufficiente causa exterior. Uma constante disposição colerica explica grande numero de actos violentos d'estes maniacos; todavia, alguns d'elles irrompem com a subitaneidade e a immotivação dos impulsos, não podendo ser interpretados senão por um estado irritativo dos centros cortico-motores.

Evolução. — A mania reconhece um *periodo prodromico*, um *periodo ascendente*, um *periodo de estado* e, se caminha para a cura (mania aguda e subaguda), um *periodo de declinação*.

O periodo prodromico, de uma duração variavel entre algumas horas e algumas semanas, é caracterisado por uma depressão que se não distingue da observada na melancolia.

O periodo ascendente reconhece-se pelos symptomas que descrevemos como proprios da hypomania, que é o eschema da doença e aquillo a que ella algumas vezes se reduz.

O periodo de estado, em que é possivel o diagnostico das variadades, ora offerece apenas os symptomas constantes e essenciaes da psychose (hypomania), ora reune os episodicos, — illusões, delirios (mania typica) e furor (mania grave).

O periodo terminal é caracterisado pela desapparição lenta ou brusca dos phenomenos observados na phase precedente.

A mania que não cura (mania chronica) tende para a demencia ou perpetua-se em delirios systematisados secundarios.

A *morte* observa-se raramente, mesmo na mania grave; só doenças intercorrentes a determinam.

A *marcha* da mania póde ser *continua* ou *remittente*. A primeira é propria da hypomania; a segunda observa-se nas variedades typica e grave ou furiosa, em que frequentemente se attenuam ou desapparecem por algum tempo os symptomas episodicos, subsistindo os constantes, embora elles mesmos menos intensos.

Prognostico. — Depende de condições proprias do doente e da variedade da psychose.

O prognostico é tanto mais favoravel quanto mais novo e mais forte é o doente. A mania depois dos 50 annos não comporta, em regra, um prognostico benigno. A constituição e estado geral do maniaco entram tambem por muito no juizo a formar sobre o resultado da doença. O mesmo póde dizer-se da hereditariedade.

A hypomania é eminentemente curavel; a mania typica e a furiosa, muito curaveis ainda, não o são tanto como a primeira.

Nos casos favoraveis, a duração da doença oscilla entre os limites de algumas semanas e anno e meio. Depois d'este tempo é muito para receiar a chronicidade, comquanto algumas vezes se tenham observado n'esta psychose *curas tardias*, sobrevindo ao fim de dois, tres e mesmo mais annos.

A terminação pela cura póde ser *brusca* ou *lenta*. A primeira é a menos appetecivel, porque não raro dá logar a recidivas. A segunda, que se faz pelo progressivo desapparecimento ou pela morosa attenuação de symptomas, é a mais desejavel.

A passagem ao estado chronico realisa-se n'um certo numero de casos, e é annunciada pela gradual e progressiva diminuição do sentimento de euphoria e da emoção de cólera, com persistencia de ideias delirantes, incoherencia e desordem motora.

Anatomia pathologica. — A congestão cerebral generalisada, a que em tempo se ligou grande importancia (Luys), está longe de ser constante; e nenhuma lesão macro ou microscopica tem sido encontrada que possa reputar-se caracteristica. D'aqui a inclusão da mania no grupo das *psychonevroses* ou psychopathias funccionaes (Krafft-Ebing).

Natureza e pathogenia. — O que a este proposito dissemos, tratando da melancolia, desobriga-nos de longas considerações n'esta altura.

O sentimento de euphoria, que constitue a nota *affectiva* caracteristica e fundamental da mania, é um phenomeno secundario, procedente de uma exaltação cenesthetica; e o mesmo póde dizer-se da cólera, emoção essencialmente tonica, observada nas fórmas typica e grave da psychose.

Assim, do mesmo modo que na melancolia, o tom affectivo que symptomaticamente caracterisa e define a mania é apenas a traducção consciente de uma alteração dynamica ou funccional da vida de todos os orgãos.

Diagnostico. — A mania, que vimos estudando como doença ou psychose idiopathica, póde não ser tambem senão um syndroma, um estado transitorio ou uma phase de outra figura nosologica. Assim, ella é algumas ve-

zes um accesso da loucura periodica, um syndroma da demencia paralytica ou ainda um estado reaccional da paranoia e da confusão allucinatoria.

E' sempre facil diagnosticar um *estado maniaco* ou, o que vale o mesmo, a mania-syndroma, tão nitidos e evidentes são os phenomenos caracteristicos da excitação; mas póde ser difficil diagnosticar a mania-psychose, a *mania* emquanto doença independente.

E' na constatação dos symptomas constantes, da evolução e da etiologia que o diagnostico differencial tem de fundamentar-se.

Os casos em que a mania é apenas um syndroma ou estado reaccional são, em regra, faceis de reconhecer, por isso que, subjacentes aos phenomenos de excitação, se encontram os que caracterisam a psychose principal. Assim, a demencia paralytica não perde, pelo facto de revestir uma feição maniaca, os symptomas, physicos e psychicos, que essencialmente a caracterisam: tremulos, embaraço da palavra, enfaquecimento global das funcções mentaes. Do mesmo modo não perde os seus caracteres privativos e inconfundiveis a paranoia que, n'um dado momento, offerece como syndroma reaccional a mania. Por traz dos symptomas ephemeros da excitação maniaca estão a egocentricidade, as allucinações e toda uma etiologia e evolução especiaes. Tambem por traz de uma excitação maniaca surgindo como estado reaccional na confusão allucinatoria, estão os symptomas d'esta, a sua génese particular e a sua marcha. Cumpre, todavia, consignar que não vae longe o tempo em que a confusão mental era integrada na mania, cuja frequencia as estatisticas dos manicomios exageraram, por tal motivo, além dos seus limites, em verdade estreitos. Mas, como vimos a proposito da confusão mental, é hoje facil evitar os erros do passado.

Onde as difficuldades são grandes é no diagnostico differencial entre a mania-doença e a mania-accesso. A symptomatologia por si só é impotente para estabelecel-o;

é preciso recorrer aos anamnesticos e á evolução. As considerações feitas a proposito do diagnostico differencial entre a melancolia-syndroma e melancolia-doença, são inteiramente applicaveis aqui.

Tratamento.—Subtraír quanto possivel o doente ás excitações que o sollicitam, constitue a primeira das indicações a preencher na mania. Nos casos banaes póde bastar o isolamento de uma casa de campo; em todos os outros só o manicomio, rodeado de installações apropriadas e de um pessoal numeroso, deverá ser aconselhado.

Parallelamente ao *isolamento* vem a desinfecção gastro-intestinal (lavagem, enteroclyse) que deve praticar-se desde o principio. Depois figuram o repouso no leito, que deve ser contínuo, os banhos quentes de longa duração ou muito repetidos (Vid. pag. 198) e as medicações calmante e hypnotica. Nos casos de furor intenso e de fluxão evidente do cerebro, o capacete de gêlo deve ser applicado; na ultima hypothese é preconisada por alguns manigraphos a applicação de sanguesugas nas apophyses mastoideas (Agostini).

O *alectuamento* contínuo e prolongado tem de fazer-se em quartos de temperatura egual e de luz escassa; convem que o maniaco seja constantemente assistido por um numero bastante de enfermeiros. Este processo, dispensando o emprego de meios contentivos, dá os melhores resultados.

Como calmantes empregar-se-hão os brometos na dóse diaria de 4 a 8 gr.; na mania grave usar-se-hão com vantagem as injecções subcutaneas de hyoscina ($^1/_4$ a 1 milligr. por injecção).

A insomnia indica o emprego dos *hypnoticos*. Todos servem e todos dão resultados vantajosos, uma vez que não sejam empregados por longo tempo; a melhor pratica é, sem duvida, a que consiste em mudar frequentemente de hypnotico. A's vezes o estado das vias gastricas é tal

que os medicamentos devem ser ministrados em clysteres.

Da alimentação convem excluir ao principio as substancias azotadas. O caffé, o chá e o alcool devem ser absolutamente proscriptos durante toda a evolução da doença.

Os tonicos, as distracções moderadas, os pequenos trabalhos manuaes e as viagens por mar serão aconselhados com vantagem na convalescença.

SEGUNDA SECÇÃO

PSYCHOSES CONSTITUCIONAES

Fazem parte d'este grande grupo as doenças mentaes em que a hereditariedade representa um papel causal indiscutivelmente preponderante. Ao contrario, com effeito, do que acontece nas Psychoses Accidentaes, as causas exogénes não têm aqui senão um valor secundario ou nullo.

Por outro lado e como consequencia d'este facto, ao passo que as Psychoses Accidentaes merecem realmente o nome de *doenças*, no restricto sentido d'este termo, porque contrastam profundamente com o estado mental anterior dos individuos que affectam, as Psychoses Constitucionaes são antes *vicios de organisação nervosa*, porque apenas representam lentos e insidiosos exageros ou hypertrophias de uma psychicidade congénitamente anormal.

No grupo das Psychoses Constitucionaes estão comprehendidos os subgrupos da Loucura Periodica, das Neuropsychoses, da Demencia Precoce e das Anomalias Mentaes. As causas externas, que na génese dos tres primeiros subgrupos pódem ainda representar um subalterno papel occasional, desapparecem quando se trata do ultimo, exclusivamente tributario da hereditariedade e representativo das *degenerescencias psychicas*.

CAPITULO V

LOUCURA PERIODICA

Loucura intermittente; psychose cyclica; loucura de fórmas alternas; loucura de dupla fórma; loucura circular; psychose maniaco-depressiva (Kraepelin).

Definição e variedades. — E' uma psychose constitucional caracterisada pela succesão de accessos maniacos, melancolicos ou maniaco-melancolicos.

Se os accessos são todos maniacos, realisa-se a variedade *loucura periodica maniaca* ou *mania intermittente;* se são todos melancolicos, dá-se a variedade *loucura periodica melancolica* ou *melancolia intermittente;* se são maniaco-melancolicos, têm logar as variedades: *loucura de dupla fórma*, se cada accesso é formado de uma phase maniaca ou melâncolica, á qual succede immediatamente uma phase melancolica ou maniaca, ficando entre os accessos um periodo normal; *loucura de fórmas alternas*, se entre as phases maniaca e melancolica de cada accesso ha um intervallo de lucidez; emfim, *loucura circular*, se os accessos maniaco-melancolicos se succedem sem interrupção, de sorte que o doente é sempre louco.

Symbolisando por uma linha horisontal o estado de normalidade psychica e por arcos de circulo juxta ou sub-

postos a essa linha os estados maniacos e melancolicos, menemonisam-se facilmente estas variedades:

Fig. 29. — Mania intermittente

Fig. 30. — Melancolia intermittente

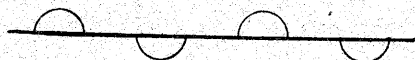



Fig. 31. — Loucura de fórmas alternas

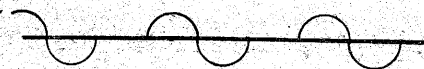



Fig. 32 — Loucura de dupla fórma

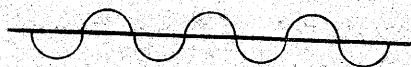



Fig. 33. — Loucura circular

Estas variedades regulares são mais eschematicas do que reaes, se considerarmos a duração inteira da loucura periodica n'um mesmo doente. Muitas vezes acontece que na mania intermittente, ao fim de uma série de accessos typicos, começam a apparecer alguns abruptamente cortados por symptomas depressivos ou mesmo precedidos por elles, como acontece tambem que na melancolia intermittente os accessos, ao fim d'algum tempo, offerecem episodicos symptomas de excitação.

A loucura periodica é ás vezes *sympathica;* tal a que se manifesta por accessos maniacos ou melancolicos irrompendo nas epochas menstruaes e cessando com ellas.

Etiologia. — Como em todas as psychopathias constitucionaes, a *hereditariedade* desempenha aqui um papel capital; a loucura periodica é muitas vezes uma psychose *familial* (Weigandt).

As *encephalopathias infantis* têm ainda um grande valor etiologico.

O *sexo feminino* é o mais exposto á loucura periodica.

Quanto á *edade*, é entre os 15 e os 20 annos que esta psychose se inicia mais vezes; o começo na velhice é excepcional.

Como causas occasionaes têm-se invocado a *menstruação*, a *gravidez*, a *lactação*, a *menopause* e ainda a *masturbação*. As *emoções subitas e violentas* determinam ás vezes um primeiro accesso.

Symptomatologia e evolução. — Os symptomas são os da mania e da melancolia, oppurtunamente estudados. Todas as variedades d'estas psychoses se reencontram, com effeito, na loucura periodica, ou esta consista na repetição rythmica de estados homologos (mania e melancolia intermittentes) ou oppostos (loucura de fórmas alternas), ou na successão contínua de estados contrarios (loucura circular), ou, emfim, na successão de accessos formados por phases de exaltação e depressão (loucura de dupla fórma). Nas combinações da mania com a melancolia, todas as hypotheses se podem dar (Ritti); assim, a hypomania tanto póde alternar com a melancolia simples como com a melancolia estupida ou anciosa, do mesmo modo que a depressão melancolica póde tanto ser seguida pela hypomania como pela mania franca ou pela mania com furor. Por outros termos: nas fórmas combinadas de melancolia e de mania, a intensidade de um accesso póde ser ou deixar de ser proporcional á do opposto; e o mesmo acontece com as phases contrarias de um mesmo accesso.

Nas variedades irregulares ou mixtas alguma coisa de analogo succede: um estado de ligeira excitação póde ser

abruptamente cortado por symptomas de estupor, como uma leve depressão póde ser interrompida por phenomenos de excitação violenta (Kraepelin, Weigandt).

Em rigor, a mania e a melancolia da loucura periodica não se distinguem symptomaticamente da mania e melancolia idiopathicas; evolutivamente, porém, são differentes, porque o periodo prodomico e a gradual terminação que caracterisam as segundas, não se observam nas primeiras, de começo rapido e terminação abrupta.

Pelo que respeita á duração, póde dizer-se que a da mania e da melancolia accessuaes é menor que a da mania e da melancolia idiopathicas; esta regra, porém, comporta numerosas excepções.

Na loucura de fórmas alternas o accesso melancolico é quasi sempre muito mais prolongado que o maniaco (Ritti).

No começo da loucura intermittente, cada accesso (maniaco, melancolico ou maniaco-melancolico) é a *reproducção estereotypada* do precedente, de sorte que é possivel prevêr os seus symptomas, a sua marcha e a sua duração; mas, á medida que a doença avança, a evolução dos accessos varía e a sua duração tende a augmentar. D'este ultimo facto resulta que os intervallos entre os accessos se encurtam.

Qualificam-se geralmente de *normaes* os periodos que separam uns dos outros os accessos da loucura periodica; em rigor, porém, não o são. Esses periodos, não representando estados de loucura, traduzem comtudo, um desequilibrio e uma instabilidade mentaes, que não escapam á observação dos que vivem na intimidade dos doentes. Isto não deve, de resto, surprehender-nos, desde que pensemos na origem e natureza da loucura periodica, — psychose constitucional em que, como vimos, a hereditariedade e as cerebropathias infantis têm o mais importante papel etiologico.

Considerando a loucura periodica, não nos seus syn-

dromas, como até aqui fizemos, mas no seu conjuncto, podemos dizer que ella tem uma *evolução* essencialmente *chronica*. A sua *duração* é, de ordinario, *perpetua*, cobrindo a vida inteira do doente a partir do primeiro accesso.

Os casos de cura são excepcionaes.

A *terminação* póde dar-se quer pela *morte*, que por vezes succede a uma doença intercorrente ou é effeito do suicidio, quer pela *demencia*.

Prognostico. — E' *benigno o dos accessos*, e extremamente *grave o da psychose* em si.

Diagnostico. — Toda a difficuldade reside em differenciar a mania e a melancolia accessuaes ou symptomaticas da loucura periodica, da mania e da melancolia idiopathicas. Alguns consideram esta difficuldade invencivel, chegando Weigandt a affirmar que, em face de um estado maniaco ou melancolico, é tão impossivel dizer se elle será ou não seguido d'outros como, em face de uma creança, dizer se ella é filha unica ou se tem irmãos. E assim é, na verdade, se, prescindindo dos anamnesticos, nos limitarmos á observação dos symptomas. Mas não é só sobre estes que o diagnostico se baseia: a evolução das psychoses, a historia pregressa e os antecedentes hereditarios do doente são tambem chamados a depôr, porque o diagnostico não é, como temos muitas vezes repetido, senão um juizo apoiado em todos os dados dos exames directo e indirecto. Ora, considerando todos estes elementos, as differenças impõem-se. Emquanto a mania e a melancolia idiopathicas se installam ao fim de um periodo prodromico mais ou menos longo, mas sempre apreciavel, e terminam por uma lenta e progressiva declinação de symptomas, a mania e a melancolia symptomaticas da loucura periodica rompem subitamente ou apenas precedidas por ligeiros phenomenos premonitores, e acabam tambem de um modo mais ou menos abrupto. Emquanto os maniacos e melancolicos

intermittentes são degenerados tendo offerecido sempre uma caracteristica instabilidade mental, ás vezes mesmo estygmas physicos e psychicos accentuados, os outros são apenas predispostos, não tendo dado na sua vida prevesanica manifestações de desiquilibrio que os separem dos normaes. Emfim, ao passo que as causas endogénes desempenham o principal papel na etiologia da loucura periodica, não sendo as exogénes senão um pretexto para a apparição de um primeiro accesso, na mania e na melancolia idiopathicas estas ultimas causas são sempre importantes.

A mania e a melancolia idiopathicas podem recidivar: fazendo-o, porém, sob a acção de causas exogénes apreciaveis, não devem, pelo facto de recidiva, confundir-se com a mania e a melancolia accessuaes, que surgem sem motivo exterior, na monotonia dos proprios manicomios, á sua hora, de um modo fatal e inevitavel.

Não nos demoraremos sobre o diagnostico differencial dos accessos maniacos e melancolicos da loucura intermittente com as psychoses, que podem assimilhar-se-lhes. Esse estudo foi feito a proposito da mania e da melancolia.

Anatomia pathologica. — A loucura periodica não é tributaria de lesões cerebraes invariaveis. O que foi dito sobre a anatomia pathologica das psychoses maniaca e melancolica, é inteiramente applicavel aqui.

Natureza e pathogenia. — Crêmos ter exposto com o preciso desenvolvimento as razões que pleiteiam em favor da natureza constitucional da loucura periodica, psychose eminentemente hereditaria, formada por accessos cuja apparição não reconhece causas exogénes, mas depende de uma particular maneira de ser individual, congénita ou precocemente adquirida, mercê de encephalopathias infantis.

Quanto á pathogenia, importa conhecer que ella não foi até hoje estabelecida. A razão da periodicidade dos accessos escapa-nos ainda, como, em geral, a da periodicidade de quasi todos os phenomenos physiologicos, em que estamos reduzidos a hypotheses e conjecturas. A mais bem recebida hoje é a que explica a intermittencia dos accessos por processos criticos de auto-intoxicação. Pelo que respeita á diversidade symptomatica dos accessos, crê-se que ella está na dependencia de uma acção vasomotora (Meynert).

Tratamento. — Têm falhado todos os meios empregados até hoje para cortar a periodicidade dos accessos. E' a estes que o tratamento, todo symptomatico, se dirige.

O que dissemos sobre a therapeutica da mania e da melancolia é, pois, inteiramente applicavel á loucura periodica.

CAPITULO VI

NEUROPSYCHOSES

Comprehende este subgrupo as Nevroses Constitucionaes que se acompanham de manifestações psychicas, permanentes umas, ephemeras outras.

As neuropsychoses revelam uma *degenerescencia nervosa* (Tanzi).

NEURASTHENIA

Doença de Beard; nervosismo; nervous exhaustion; delirio emotivo (Morel); loucura obsessiva; loucura coacta (Kraepelin); loucura consciente (Falret, Ritti); paranoia rudimentar (Westphal); diathese de incoercibilidade psychica (Tanzi).

Definição e variedades. — Creado por Beard para designar o exhaurimento dos centros nervosos e a incapacidade funccional que d'elle deriva, o termo *neurasthenia* ora representa uma doença, ora um syndroma, premonitor ou secundario, de varias affecções (paralysia geral, demencia precoce, syphilis, etc.).

A *neurasthenia-syndroma*, a que melhor convem a designação de *estado neurasthenico* (Gilles de La Tourette), não reclama aqui um estudo particular (Vid. pag. 133).

A *neurasthenia-doença* tanto póde ser *adquirida* como *constitucional;* e esta distincção, baseada na etiologia, corresponde a quadros symptomaticos em parte communs e em parte diversos, como veremos. Em rigor, é da neurasthe-

nia constitucional ou degenerativa, da neuropsychose em que as obsessões representam um papel importante, que temos a occupar-nos; entretanto, como uma grande parte dos symptomas d'esta figura nosologica pertencem tambem á neurasthenia adquirida ou accidental o nosso estudo abraça uma e outra.

Etiologia. — A *hereditariedade* e o *abuso das funcções nervosas* (excessivo trabalho com insufficiente reparação) são, separados ou concorrentes, as causas da neurasthenia.

E' um irrecusavel facto de observação que individuos bem nascidos e originariamente normaes podem tornar-se neurasthenicos por condições particulares de vida que, physiologicamente consideradas, se integram na formula: excesso de despeza sobre a receita nervosa. A neurasthenia é n'estes casos a representação de um deficit, o indicio de um desequilibrio funccional, que, em si mesmo, nada tem de irreparavel, se é combatido a tempo. Que a despeza diminua pelo repouso ou que a receita augmente pela tonificação dos centros depauperados, e logo o equilibrio normal se restabelece. Tal é a situação do individuo que, arrastado por um vento passional, se entrega a excessos venereos; do que é visitado por uma série de desastres domesticos, financeiros, profissionaes ou outros; do que, insufficientemente alimentado, tem de produzir uma certa somma de trabalho quotidiano; do que, para vencer um concurso ou um exame, se impõe uma tarefa de estudo excessiva. A capacidade funccional dos centros nervosos, por maior que ella seja, tem limites, que se não excedem impunemente; e a neurasthenia, com o seu cortejo symptomatico de dôres, é o castigo immediato do crime physiologico praticado. Mas é ao mesmo tempo (e isto tem de proveitoso nos individuos normaes) o grito de alarme de um organismo explorado e empobrecido. A marcha d'estes casos é aguda; e a cura completa é possivel.

Ao lado porém d'estes casos, ha outros, tributarios

da *hereditariedade* morbida, frequentemente *similar*, tendo uma symptomatologia em parte privativa, uma evolução sempre chronica, e insusceptiveis de cura, comquanto susceptiveis de remissões consideraveis. Pertencem estes á neurasthenia constitucional, que sobretudo nos interessa.

A neurasthenia adquirida é uma nevrose da *juventude* e da *maturidade*, observando-se entre os 20 e 50 annos; a constitucional manifesta-se por vezes muito precocemente.

O *sexo masculino* dá uma contribuição muito maior que o feminino á neurasthenia adquirida; pelo que respeita á constitucional, crêmos não haver uma sensivel differença. Nas mulheres a nevrose reveste muitas vezes a fórma *hysteroneurasthenica*.

Os *traumatismos* e as *doenças toxico-infecciosas* são causas frequentes da nevrose.

Symptomatologia.— Estudaremos em primeiro logar os phenomenos physicos e mentaes, que são communs ás duas variedades; os que são privativos da fórma constitucional examinal-os-hemos depois.

Symptomas somaticos.—A *myasthenia* ou exhaurimento muscular é um symptoma capital e dominante. Parado ou marchando, sentado ou em decubito, depois do trabalho ou depois de um longo repouso, o neurasthenico experimenta sempre a penosa sensação de fadiga, á qual corresponde objectivamente a chamada *reacção myasthenica*. De facto, a applicação de correntes faradicas tetanisantes, demonstrou que as contracções musculares, ao principio elevadas, diminuem rapidamente (Agostini, Ferro). A myasthenia não se realisa só nos musculos estriados, mas invade os lisos, explicando as *ptoses visceraes* (queda do estomago, dos intestinos, dos rins, etc.).

Depois da myasthenia vêm na ordem de importancia as *perturbações digestivas*. O neurasthenico é sempre um

dyspeptico, accusando do lado do *estomago* sensação de *plenitude*, não justificada pela quantidade de alimentos ingeridos, *dilatação*, por vezes consideravel, *eructações* frequentes, *hypo* ou *hyperchlorydria*, esta ultima por vezes acompanhada de *gastralgias*, e, do lado do *intestino*, *constipação*, podendo ir até á *cropostase* e alternar com *debâcles dyarrheicas*. A *ptose gastroenterica* é muito frequente, sobretudo nas mulheres. Trata-se, como se vê, de uma *dyspepsia atonica*.

As *perturbações do somno* não faltam tambem, e são das mais variadas. Umas vezes observa-se *completa insomnia* no periodo inicial e mais agudo da nevrose; outras vezes, o doente tem apenas grande difficuldade de adormecer, cahindo depois n'um somno mais ou menos povoado de sonhos, muitas vezes afflictivos (quasi sempre *sonhos de impotencia*); emfim, o doente póde adormecer logo que se deita, mas para acordar pouco depois e permanecer o resto da noite n'uma vigilia agitada. Com estas perturbações podem coincidir paradoxaes ataques de somno, ou *crises de narcolepsia* diurna; então, o doente adormece irresistivelmente durante o trabalho, no meio de uma conversa, depois das refeições. Quando a doença entra em chronicidade ou tende para a cura, o neurasthenico póde dormir longa e pesadamente.

Féré attribue a insomnia neurasthenica a *inirritação nocturna*, o que parece de accordo com o facto de faltar o somno de noite e apparecer imperiosamente durante o dia.

Quanto aos *sonhos de impotencia* ou *abulicos* (Vid. pag. 122) sobre que tenho insistido, porque uma longa observação me permittiu constatar a sua frequencia, crêmos que elles naturalmente se explicam pela persistencia da myasthenia durante o somno. Trata-se, com effeito, de verdadeiros pesadellos em que o doente sente a imperiosa urgencia e ao mesmo tempo a *radical impossibilidade de praticar um acto* (fugir, fazer um gesto, dizer uma palavra, dar um grito).

Não menos importantes que os symptomas precedentes, são as *perturbações da sensibilidade:* hyperesthesias, paresthesias e algesias.

A *cephaleia* raramente falta. E' uma dôr gravativa, de moderada intensidade e contínua, localisando-se de preferencia na região *occipital*, muitas vezes na *frontal* ou á volta da cabeça dando ao doente a sensação de apêrto (galeati, de Charcot).

A *rachyalgia* com localisação *cervical* ou *sagrada* é tambem frequente.

As *dôres fulgurantes*, tabetiformes, as *nevralgias erraticas*, as *dôres testiculares* e as sensações penosas de *queimadura*, de intoleravel ardencia ao nivel da medulla, da prostata e das coxas observam-se menos vezes.

As *perturbações vasomotoras*, traduzidas por subitos *rubores*, por sensações de *frio nas extremidades*, por *formigueiros* e por *alterações do rythmo cardiaco*, apparecem algumas vezes. Excepcionalmente podem observar-se uma *pseudo-angina pectoris* e um *pseudo-colapso*.

Do lado do *apparelho genital* são frequentes a *diminuição do appetite venereo*, podendo ir até á *frigidez*, a *erecção incompleta*, as *perdas seminaes* e a *dysmnorrheia* com *ovarialgia*.

Do lado dos *sentidos especiaes* notam-se algumas vezes, *asthenopia*, falsas sensações luminosas e *hyperacusia*.

Como symptomas objectivamente apreciaveis ha a notar, além da *reacção myasthenica*, de que fallámos, o *exagero dos reflexos tendinosos* e o *tremulo das palpebras com os olhos fechados*. O valor diagnostico e o alcance medico-legal d'estes symptomas n'uma nevrose em que quasi tudo é subjectivo, são evidentes.

Symptomas psychicos. — Das perturbações somaticas indicadas resulta um *estado mental* similhante ao da melancolia simples.

Alterada a cenesthesia por uma longa série de impressões penosas, exportadas de todos os musculos e de todas as visceras, um sentimento geral de impotencia domina e tyrannisa o doente, que se reconhece diverso e inferiorisado, que perde a confiança nos proprios recursos e se dobra sobre si mesmo n'uma introspecção pessimista. E' a dôr moral sem delirio. Ao contrario do que affirma Ballet, não é apenas o movimento que se torna penoso pela fadiga que se lhe segue; a propria ideia do movimento é intoleravel. A fadiga precede a acção; e mesmo acontece, como observa Tanzi, que a ideia de uma acção a executar é mais penosa e implica de ordinario uma sensação de fadiga maior que a propria acção. Lucidamente faz notar o professor italiano que o trabalho muscular ou mental custa mais ao doente no momento de ser começado que no seu prolongamento ulterior, a despeito da fadiga physiologica. Para o neurasthenico, do mesmo modo que para o melancolico simples, toda a acção em projecto se affigura uma empreza irrealisavel; e todavia neurasthenicos averiguados são capazes de produzir uma assombrosa somma de trabalho, sob a pressão de certos estimulos moraes.

Expontaneamente, o neurasthenico só uma coisa faz: fallar dos seus males, explicar as suas sensações anormaes, discutir o tratamento, consultar medicos. Oscillante entre o desespero, que gera ideias de suicidio, raramente executadas, e o desejo de curar-se, o neurasthenico ora se declara resignadamente perdido, regeitando como illusoria toda a antevisão de um futuro normal, ora anciosamente procura uma palavra de consolação e um alvitre de tratamento, ensaiando tudo, submettendo-se a tudo.

NEURASTHENIA ADQUIRIDA. — Esta variedade a que tambem se dá o nome de *accidental*, é caracterisada pelos symptomas que acabamos de mencionar; representa a doença de Beard, tal como ella se observa nos individuos isentos de predisposição neuro ou psychopathica.

NEURASTHENIA CONSTITUCIONAL. — Essencialmente degenerativa, esta variedade caracterisa-se pela apparição, no quadro symptomatico até aqui descripto, das *obsessões*, tambem conhecidas, entre outros (Vid. pag. 79), pelo nome de *syndromas episodicos da degenerescencia hereditaria* (Magnan).

Por *obsessão* entendemos todo o phenomeno mental que, sem resultado util, paroxysticamente invade a consciencia, a despeito e contra vontade do doente, impondo-se-lhe de um modo irresistivel e angustioso.

Expliquemos os termos d'esta definição.

A *ausencia de utilidade* distingue a obsessão da ideia preponderante que por mais ou menos tempo, ás vezes por uma vida inteira, domina o scientista, o philosopho, o artista ou o homem de Estado. Esta ideia, constituindo um *desideratum* legitimo e conduzindo sempre a trabalhos ao menos parcialmente aproveitaveis, não é de modo nenhum pathologica, por muito que ella absorva o espirito.

O *despotismo* com que a obsessão se impõe á vontade que reage, separa-a da simples ideia dominante que nasce da *rêverie* e que, embora infundada e inutil, não provoca luctas interiores, antes attráe e seduz por mais ou menos tempo.

Emfim, o caracter *paroxystico* ou accessual, a *irresistibilidade* e a *angustia*, suppondo da parte do doente um combate mais ou menos energico e violento contra o phenomeno invasor da consciencia, distingue a obsessão dos estados passionaes, que são contínuos e subsistem com o concurso da vontade.

A'cerca das obsessões, Tanzi escreve estas palavras explicativas: «Estudando a hysteria, Charcot introduziu na sciencia a expressão de *diathese de contractura* para designar a facilidade com que, em muitos hystericos, um musculo physiologicamente *contrahido* persiste morbidamente *contracturado*. Alguma coisa de similhante se observa no campo dos phenomenos psychicos entre os neuras-

thenicos affectados de *ideias fixas* ou *incoerciveis*. Uma ideia que surge da associação normal e que não teria motivos de repetir-se, tende comtudo a apresentar-se fóra de proposito, pathologicamente, como um tic mental. O trabalho de eliminação que realisamos não só no acto do estudo e da meditação, mas mesmo quando nos abandonamos á phantasia e que impede a entrada no campo da consciencia a todas as ideias extranhas, futeis e perturbadoras, permanece enfraquecido nos neurasthenicos, sobretudo em relação á *ideia obsessiva* que já por outras vezes violou as ordens prohibitivas. E' a *diathese de incoercibilidade psychica*. A attenção deixa-se vencer momentanea, mas frequentemente por uma ideia, que repetidas victorias tornaram temivel e forte.»

Quando uma ou varias obsessões se repetem seguidamente, constitue-se o *estado obsessivo*.

As obsessões dividem-se habitualmente, segundo a sua procedencia psychologica, em *intellectuaes* ou ideativas, *emotivas* ou phobias e *motoras*, umas *impulsivas*, outras *abulicas*.

Praticamente acceitavel, esta divisão não é, todavia, rigorosa, porque, como vimos, toda a obsessão implica um elemento emotivo.

E' esse elemento primitivo ou secundario? Eis uma questão em que as opiniões se dividem. Krafft-Ebing, Magnan, Mickle e outros pensam que a emotividade é secundaria, succedendo como phenomeno reactivo, á presença de uma ideia fixa. Esta seria, pois, o facto inicial, emquanto que o estado emotivo constituiria um phenomeno secundario e derivado. Schüle e Féré crêem, pelo contrario, que a emotividade é o facto primitivo; e n'este sentido se pronunciam tambem Pitres e Régis, baseados n'uma série de considerações que importa conhecer. «A melhor prova, escrevem os illustres professores de Bordeus, da preponderancia da emoção nas obsessões é que ella constitue o seu elemento constante e indispensavel.

Tomemos uma obsessão qualquer, impulsiva ou ideativa, a obsessão-duvida ou a obsessão-homicida, por exemplo. Supprimamos pelo pensamento a angustia, a anciedade que as acompanham, e a obsessão desapparecerá. Ao contrario, tomemos uma obsessão qualquer e tiremos-lhe a ideia fixa ou a tendencia impulsiva, deixando apenas a angustia, a anciedade, e teremos ainda a obsessão na sua essencia. Taes são os estados de anciedade diffusa, que se não precisam ou se precisam apenas momentaneamente e, como diz Ribot, ao acaso das circumstancias. Outra prova ainda. Ha muitos doentes em quem o objecto da obsessão é multiplo ou se modifica, se é unico. Uns, por exemplo, começaram pela phobia da raiva, mais tarde passam á das coisas sujas, depois á das moedas, etc. Outros têm ao mesmo tempo muitas obsessões. Ora o que n'elles varía quer successiva, quer simultaneamente, é o phenomeno intellectual; o que não varía, o que subsiste immutavel e constante é o phenomeno emotivo, é a anciedade. Convem ainda notar com Séglas que em muitos casos as obsessões começam por uma phase exclusiva de angustia e, com Dallemagne, que ellas acabam tambem muitas vezes por uma phase analoga, depois da desapparição da ideia fixa. Notemos, emfim, que, se a emoção não fosse mais do que uma reacção da ideia fixa, a sua intensidade deveria necessariamente estar em razão directa da intensidade d'esta ultima. Ora a verdade é antes o contrario, porque póde dizer-se, em these geral, que os symptomas emocionaes se attenuam na obsessão á medida que esta tende a intellectualisar-se. A obsessão é, pois, um estado morbido *radicalmente emotivo*.»

Por nossa parte, crêmos que o elemento emotivo, sendo constante em todas as obsessões, é primitivo apenas nas phobias; nas obsessões intellectuaes e nas impulsivas, a angustia é a expressão de uma *lucta* entre systematisações mentaes: — de um lado, as que constituem o Eu normal, do outro as que a ideia imperativa consegue for-

mar. Que esta ideia tenha um fundamento emotivo, como pretendem Pitres e Régis, que citam Ribot a proposito de prioridade do sentimento sobre a intelligencia, não o contestamos, por isso que «tudo na ordem do pensamento reponta do *humus* da sensibilidade», como em outro trabalho escrevemos; certo é, porém, que a presença da ideia fixa é indispensavel á lucta entre as systematisações normaes e morbidas, de que procede a emoção. Esta é, pois, clinicamente secundaria.

Uma citação do que escrevemos em 1898 sobre este assumpto, fará comprehender o nosso pensamento:

«O phenomeno pathologico da obsessão tem, como nota Dallemagne, um representante physiologico no facto banal de uma ideia indifferente que, sem sabermos como, nos surge na consciencia, interrompendo disparatadamente o curso das nossas preoccupações e desapparecendo um instante depois. Não ha aqui, em verdade, nem angustia, nem irresistibilidade; ha, porém, o phenomeno da emergencia inexplicavel e extranha de uma imagem, que o jogo consciente das ideias não provocou. A systematisação não existe tambem: um momento presente na consciencia, a ideia desappareceu sem deixar n'ella um vestigio. Imaginemos, porém, que a ideia extranha pertence á cathegoria das impulsivas, e concedamos que o acto n'ella representado seja de natureza cruel: atirar, por exemplo, á linha ferrea um companheiro de viagem. E' evidente que o novo caso differe muito do anterior. Em primeiro logar, a ideia tem desde logo um começo de systematisação, por isso que mentalmente nos representamos uma scena complicada e os seus possiveis effeitos: imagens motoras, imagens sensoriaes, sentimentos, emoções, ideias de leis e principios moraes, ideias de sancção penal, tudo entra em jogo, tudo se grupa em torno da ideia primitiva. A vontade lucta como geralmente se diz, ou, como melhor deveria dizer-se, as systematisações normaes, mais ou menos organisadas e resistentes, repellem a systemati-

sação anomala e intrusa. Esta, todavia, não desapparece sem vestigios; impossibilitada de tomar as reclamadas vias motoras externas, gastou-se na esphera emotiva, dando-nos um instante de inquietação, um sobresalto, um começo de angustia, traduzida, talvez, physicamente n'um subito pallor de face, n'uma agitação momentanea do pulso. Mas figuremos que a ideia se reproduz ainda uma vez, duas, muitas vezes. A systematisação, que ella provocou no inicial momento, repete-se, avigora-se, organisa-se; a lucta das systematisações normaes antagonistas renova-se, e d'essa renovação deriva o prolongar-se na consciencia a presença de uma systematisação anomala, cada vez mais nitida e mais forte. As imagens motoras farão nascer o impulso; e este, se as systematisações normaes o não conseguem desviar n'um sentido diverso (a convulsão, o espasmo, o toque d'uma campainha de alarme, o grito de aviso) acabará por ser satisfeito, provocando uma *détente*, um allivio.

«Os caracteres da obsessão pathologica — origem involuntaria, angustia, irresistibilidade, satisfação consecutiva, estão realisados. O que provocou a apparição d'estes caracteres? Em primeiro logar, as systematisações determinadas pela ideia obsessiva, em segundo, a lucta d'ellas com as systematisações normaes. Se a ideia obsessiva fosse incapaz de provocar systematisações, se fosse indifferente, ter-se-hia dissipado sem vestigios conscientes, como no caso que primeiro figuramos; se, por outro lado, uma forte lucta, se não tivesse realisado entre antinomicos grupos ou systemas de factos psychicos, não existiria angustia concomitante, nem satisfação consecutiva. A obsessão deu-se, pois, á custa de uma dissociação parcial e transitoria do Eu. Alarmada e imponente, a consciencia assistiu ao desdobramento de um acto reflexo; clara ao principio, ella obscureceu-se um instante — aquelle precisamente em que todo o vasto e harmonico systema de ideias, de affectos e impulsos, que constituem o Eu, se

deixou vencer pelo systema antagonista creado pela ideia imposta.

«Que esta seja impulsiva, emotiva ou meramente abstracta, pouco importa, de resto; o quadro dos symptomas da obsessão é em todos os casos o mesmo, desde que se estabelece lucta entre systematisações pathologicas e normaes. E' n'esta lucta que reside o caracter essencial da obsessão; tudo o mais é secundario e derivado.

«Imaginemos, por exemplo, que a ideia de matar surge no espirito de um criminoso-nato. Não encontrando em face d'ella, a offerecer-lhe resistencia, a longa série de systematisações que se comprehendem na designação synthetica de *senso moral*, essa ideia exteriorisar-se-ha de um modo puramente reflexo e automatico; fallaremos, então, de impulso morbido, mas não será licito pronunciar o nome de obsessão.

«Figuremos ainda que uma ideia, embora não derivada do jogo normal e logico do pensamento, é de natureza a lisongear os nossos gostos, as nossas aspirações, os nossos desejos. Insubsistentes e chimericas, as systematisações, ás vezes complicadas e extensas, que ella gera ao irromper no nosso espirito, não provocam, todavia, uma lucta, e o estado de espirito assim creado não póde chamar-se obsessão. Tal é o caso da *rêverie*, dos castellos no ar, de toda essa phantasiosa ideação em que, a despeito do testemunho contradictorio da realidade, nos deixamos apanhar involuntariamente. Quem, apenas remediado ou pobre, se não sentiu uma vez tomado, sem saber como ou porquê, da ideia de opulencia, e não partiu d'ahi para o sonho dos palacios, das equipagens, da arte, da philantropia? Comquanto anomalo e inutil, este estado de espirito não é obsessivo, porque não provoca uma *lucta* de systematisações.

«Esta é, pois, repetimol-o, o signal, o seguro indicador da obsessão:—aquillo em que ella essencialmente consiste.»

Obsessões intellectuaes. — N'esta ordem de obsessões (*loucura de duvida*, de Falret; *loucura indagatoria*, de Morselli) o estado de angustia procede da impossibilidade, que o doente constata, de libertar-se de uma ideia-dominante importuna, que no seu espirito irrompe, sem que elle saiba porquê, sob uma fórma interrogativa e determinando um estado de duvida.

A ideia dominante póde ter um caracter puramente *abstracto* (*obsessões metaphysicas*, de Ball). Então, o doente pergunta a si mesmo: Existe Deus? Existo eu? Existe o universo? Porque ha sentimentos? Porque são os homens mortaes? O tempo e o espaço são infinitos?

A feição abstracta d'estas interrogações não diminue em nada, como poderiam fazer suppôr as palavras de Pitres e Régis, que acima citamos, a angustia determinada pelo esforço para as repellir do espirito, dando-lhes uma solução qualquer. Eu assisti a crises emotivas de rara intensidade, traduzindo-se por pallidez extrema, tremulo geral, alterações de pulso e suores profusos, n'um padre obsediado pela ideia da previdencia divina. E' Deus previdente? perguntava-se. E raciocinava: se o é, os actos que eu praticarei ámanhã, vê-os elle n'este momento, e então eu não sou livre de os não praticar. O livre arbitrio, que era um dogma para o nosso doente, não o podia elle conciliar com a previdencia divina, de que não podia prescindir, porque raciocinava: se a liberdade não existe no homem, as ideias de justiça, de penalidade, de premio são absurdas. Não podendo conciliar os conceitos de previdencia divina e livre arbitrio, o nosso doente não podia tambem inhibir-se; e assim, o seu tormento, a sua angustia, accusados por numerosos phenomenos objectivos, não cedia em intensidade á que acompanha as phobias, de que adiante nos occuparemos.

Nem sempre a ideia fixa ou obsessiva tem uma feição assim abstracta. A's vezes é de ordem *concreta* e tem um cunho de puerilidade. O doente pergunta-se: Porque não

são as arvores vermelhas ou azues? Porque não têm os homens seis olhos e quatro orelhas?

Não atinando com a resposta, que sería um *allivio*, o estado emotivo surge.

Muitas vezes as ideias impostas têm uma feição *moral:* são o dever civico, domestico, religioso, a responsabilidade, etc., *(obsessões-escrupulos)*. Então o doente pergunta a si proprio se não praticou um acto delictuoso, se não incorreu n'uma culpa, se não foi deshonesto ou mau. E a duvida estabelece-se com o acompanhamento da angustia. Séglas refere o caso de uma doente obsediada pela duvida infundada de ter praticado o adulterio. Eu vi uma neurasthenica perseguida pelo receio chimerico de fazer confissões omissas; nos seus paroxysmos ia até ao ponto de confessar-se diariamente, sem que cada nova confissão a libertasse do escrupulo de ter feito mal a precedente.

A's vezes a ideia obsessiva é inteiramente *banal*. Um doente escreve duas cartas a pessoas differentes e lança em cada uma, depois de fechada, o respectivo endereço; todavia, isto feito, occorre-lhe que podería ter lançado as direcções trocadas, e esta duvida persiste morbidamente, a despeito de successivas verificações.

Obsessões emotivas ou phobias. — N'esta ordem de obsessões, como justamente fazem notar Pitres e Régis, o elemento ideativo é secundario e subalterno. A angustia póde não ter objecto; tal é o caso da *phobia diffusa* ou *panophobia*, em que o doente tem mêdo, sem saber de quê. O acaso póde fornecer um thema a esse mêdo vago, definindo-o e precisando-o: assim a vista de um incendio póde gerar a *pyrophobia:* o espectaculo de um assassinato a *hematophobia*.

Em regra, as phobias têm um objecto determinado; e chamam-se então *monophobias* ou *phobias systematisadas*.

As monophobias são muito numerosas. Régis classi-

fica-as em tres cathegorias: as obsessões dos objectos e dos actos; as dos logares e elementos, das doenças e da morte; emfim, as dos sêres vivos.

Na primeira cathegoria mencionaremos como mais vulgares: o receio de tocar metaes, *metalophobia;* o mêdo dos alfinetes, *belenophobia;* o mêdo das coisas sujas, *rupophobia;* o mêdo das poeiras, *mysophobia;* o mêdo do sangue, *hematophobia;* e as *phobias profissionaes*, consistindo no receio ancioso de executar um acto profissional ou de manusear um instrumento necessario á sua execução.

Na segunda cathegoria merecem consignar-se: o mêdo dos grandes espaços, *agoraphobia;* dos espaços confinados, *claustrophobia;* das alturas, *acrophobia;* do ar e do vento, *aerophobia;* do mar, *thalassophobia;* das tempestades, *chismophobia;* das deformidades physicas, *dysmorphophobia;* das dôres, *algophobia;* das doenças, *nosophobia;* e da morte, *tanatophobia.*

Na terceira cathegoria importa mencionar: o mêdo dos animaes inferiores, *zoophobia;* do homem, *anthropophobia;* da mulher, *gynecophobia;* e das multidões, *ochlophobia.*

Obsessões motoras. — Comprehendem-se n'esta designação duas ordens de factos: as *impulsões* e as *abulias.*

As *impulsões* são tendencias morbidas á execução d'actos que a consciencia moral do doente condemna.

Umas vezes trata-se de actos pueris, ridiculos ou inconvenientes, como na obsessão de contar, *arithemomania,* de repetir certas palavras, *onomatomania,* ou de proferir obscenidades, *cropolalia.*

Muitas vezes, porém, as tendencias morbidas conduzem a actos moral ou juridicamente condemnaveis: a fuga, (dromomania), a embriaguez (dipsomania), as automutilações, o suicidio, as violencias contra pessoas, o homicidio, o incendio (pyromania) e o furto (kleptomania). As

que se referem ás funcções genésicas e que são numerosas, estudal-as-hemos tratando das psychoses sexuaes.

Todas estas impulsões que os antigos estudaram sob a designação systhetica de *loucura impulsiva*, têm uma alta importancia medico-legal, que poremos em relêvo no livro em preparação, *Elementos de Psychiatria Forense.*

As *abulias* são obsessões inhibitorias. A tendencia irresistivel a praticar um acto condemnavel, que caracterisa as impulsões, é substituida aqui pela impossibilidade invencivel de executar um movimento desejado.

Todos os obsediados, metaphysicos, phobicos, impulsivos e abulicos, empregam *meios de defeza*, particularmente estudados por Séglas e Régis, tendo em vista quer *prevenir os accessos*, quer *dominal-os*, quer attenuar ou *dissimular* os seus effeitos emotivos.

Tivemos no nosso serviço um impulsivo que, reconhecendo a imminencia do accesso, gritava que o ligassem; ao fim de algumas horas, sentindo um completo *allivio*, declarava que o podiam desligar.

Um agoraphobo que tratámos, sempre que tinha de atravessar uma praça, chamava um vendedor de jornaes a quem ia comprando um exemplar de cada um e com quem ia conversando; d'este modo conseguia acompanhar-se na rude *travessia*.

Legrand du Saulle falla de um agoraphobo, official do exercito, que não podia atravessar uma praça ou rua quando vestido á paisana, mas que o fazia, uniformisado; a farda era o seu meio defensivo.

Os rupophobos calçam luvas constantemente ou procedem a incessantes lavagens. Tratei uma senhora rupophoba que o receio de contactos morbidos conduzia a tão consideraveis e repetidas lavagens das mãos que andava com ellas esfolliadas.

Alguns kleptophobos não ousam directamente fazer as suas compras, no escrupuloso receio de não pagarem os objectos ou de os pagarem com moeda falsa.

O afastamento e a terminação do accesso implicam sempre um *allivio*. Nos homicidas, se levam a effeito a tendencia criminal, esse allivio ou *satisfação consecutiva* traduz-se muitas vezes por um somno prolongado, como o que se observa depois de certas crises epilepticas.

Evolução e prognostico. — A marcha da *neurasthenia accidental* ou adquirida é de ordinario *aguda*, e, se o doente se submette ao repouso ou diminue sensivelmente as causas do exhaurimento, faz-se no sentido da *cura*. O seu prognostico é, pois, discretamente *benigno*.

Não acontece o mesmo com a *neurasthenia constitucional*, cuja evolução é *chronica*, de typo *remittente* e que, em regra, se perpetúa. Comquanto não conduza quer á morte, quer á demencia, o seu prognostico é *grave*, porque não ha contra ella um tratamento efficaz. Tudo serve de pretexto á reapparição de crises ou paroxysmos obsessivos.

Diagnostico. — Toda a difficuldade reside em distinguir a *neurasthenia-doença* dos *estados neurasthenicos* precursores da *paralysia geral*, da *demencia precoce* e do *tabes*. E essa difficuldade é tão grande que muitas vezes só a marcha nos permitte estabelecer seguramente um diagnostico differencial. Ora, como estas doenças comportam um prognostico e um tratamento muito diversos dos que pertencem á neurasthenia, convém não estabelecer um juizo definitivo senão ao fim de certo tempo e de reiteradas observações. Para não errar, o medico deverá ter a coragem de conservar-se n'uma espectativa armada, fallando de um estado neurasthenico e prescrevendo o repouso e uma therapeutica symptomatica. Tratando-se de uma neurasthenia predemencial ou pretabetica, não tardarão a apparecer os phenomenos proprios e inconfundiveis da paralysia progressiva, da demencia precoce ou da ataxia.

O diagnostico differencial entre a neurasthenia e a

hysteria é tanto mais difficil quanto em certos casos, nomeadamente ncs de origem traumatica, as duas neuropsychoses se combinam na constituição da *hysteroneurasthenia*. Entretanto, uma observação paciente e demorada permittirá fazer a parte do que pertence a cada uma das neuropsychoses, porque são distinctos os seus symptomas caracteristicos.

O diagnostico differencial entre a neurasthenia e a *depressão melancolica*, muitas vezes tentado, é, a meu vêr, impossivel.

Natureza e pathogenia. — Baseado na minha observação reputo profundamente distinctas, embora com symptomatologia em parte commum, a neurasthenia adquirida e a constitucional; e n'isto me afasto de alguns psychiatras. A primeira, tenho-a visto irromper em individuos indemnes de herança nevro ou psychopathica e, até ao momento de invasão, perfeitamente equilibrados; o *surmenage*, sobretudo emotivo, é então o unico elemento causal a invocar. A marcha da doença é aguda, a sua terminação faz-se pela cura em mais ou menos tempo e a recidiva só se observa sob a incidencia de um novo *surmenage*, nem sempre evitavel. Tudo isto contrasta com o que se observa nos casos de neuropsychose constitucional, essencialmente degenerativa, tendo uma evolução chronica-remittente e uma symptomatologia obsessiva, que nunca observei nos casos accidentaes.

Prognostico. — E' *benigno* o da neurasthenia adquirida, porque uma cura integral se póde obter; é todavia necessario não perder de vista que um accesso de neurasthenia imprime ao systema nervoso uma certa vulnerabilidade em face das causas depressivas, de sorte que o *surmenage* dá facilmente logar ás recidivas.

E' *severo* o prognostico da neurasthenia constitucional, não porque a cura de um accesso não possa obter-se, mas

porque as recidivas se realisam sob a influencia de minimas causas, physicas ou moraes: uma ligeira depressão de forças, uma insignificante emoção bastam a provocal-as. De resto, como neuropsychose constitucional, a neurasthenia é eminentemente transmissivel. A hereditariedade similar observa-se com extrema frequencia.

Tratamento. — A neurasthenia accidental ou adquirida, tributaria de causas exogénes (intoxicações, excesso de trabalho, estados emotivos, doenças infecciosas) comporta um tratamento curativo, baseado no *repouso*, na *medicação tonica*, n'uma rigorosa *hygiene* e na *suggestão em vigilia*.

O repouso será mais ou menos sevéro segundo os casos. A immobilidade no leito, preconisada por Weir-Mitchel póde ser necessaria nos casos graves, quando a asthenia e a emaciação dos doentes são notaveis. Então, só movimentos passivos lhes serão concedidos; e, collocadas em boas condições as vias digestivas por uma prolongada dieta lactea, far-se-ha lentamente a sobrealimentação. Nos casos de média e pequena intensidade, os mais frequentes, basta reduzir o trabalho habitual. A inactividade absoluta prejudica a maioria dos neurasthenicos e é particularmente nociva aos que têm tido uma vida muito movimentada ou muito intensa. Aos ociosos que se neurasthenisaram por emoções ou excessos sexuaes, é mesmo conveniente inculcar ou suggerir uma occupação, uma tarefa, um interesse mental que os liberte da auto-observação exclusiva.

A medicação tonica está naturalmente indicada na maioria dos casos, como o está em todos uma perfeita hygiene.

A suggestão em vigilia, muito efficaz, não a realisa quem quer. E' preciso que o medico possua auctoridade scientifica, poder persuasivo, firmeza de caracter e um completo conhecimento da neurasthenia. Sem as quali-

dades de auctoridade profissional, de persuasão e de firmeza, o medico deixar-se-ha resvalar na discussão com o doente, que é sempre, mais ou menos, um arguto e um casuista; sem o conhecimento do nevrotico arrisca-se a empregar meios inadequados, sendo sevéro e sêcco, quando lhe convinha ser benevolo e carinhoso, ou, pelo contrario, excessivamente dedicado, quando melhor aproveitaria uma attitude reservada e austera.

Nos casos de neurasthenia constitucional, symptomatisada por estados obsessivos, o *isolamento* impõe-se na grande maioria dos casos. E' preciso arrancar o doente ao seu meio habitual e collocal-o sob a vigilancia immediata e exclusiva de um pessoal apropriado. Esta medida é mesmo um preliminar indispensavel de todo o ulterior tratamento, que na essencia se reduz a fortalecer physicamente o neurasthenico e a crear-lhe uma vontade por lenta suggestão em vigilia.

Nos hypnotisaveis, que infelizmente constituem uma insignificante minoria, segundo a minha experiencia, a suggestão durante o somno é um soberano processo curativo.

HYSTERIA

Hysterismo; pithiatismo (Babinski)

Definição. — Para definir precisamente esta neuropsychose seria necessario conhecer a sua natureza intima; a despeito, porém, de todas as tentativas feitas n'este sentido e nomeadamente da revisão do assumpto em 1908 pela Sociedade de Neurologia de Paris, um pleno accordo de vistas não foi ainda obtido. Persistimos no terreno das interpretações.

Os que fazem da hysteria uma doença primitiva e essencialmente psychica, repousando sobre um fundo de extraordinaria suggestibilidade, definem-na, com Wei-

gandt, «um estado psychico anormal, em que as ideias dominantes na consciencia procedem de sensações d'ordem somatica ou mental relativas exclusivamente á personalidade morbida; estas ideias são acompanhadas de um sentimento cenesthetico mais vivo que no estado normal e exercem sobre todo o systema nervoso uma consideravel influencia quer no sentido da excitação, quer da inhibição.»

Os que da hysteria fazem uma affecção essencial e primitivamente somatica, embora episodicamente psychica, definem-na, como Sollier, «uma perturbação physica, funccional do cerebro, consistindo n'uma insensibilidade ou somno, localisado ou generalisado, passageiro ou permanente dos centros cerebraes e traduzindo-se, portanto, segundo os centros attingidos, por manifestações vaso-motoras e trophicas, visceraes, sensoriaes, sensitivas, motoras e, por fim, psychicas, e, segundo as suas variações, o seu grau e a sua duração, por crises transitorias, estygmas permanentes e accidentes paroxysticos.» Segundo este modo de vêr, os hystericos confirmados não seriam senão «vigilambulos, cujo somno é mais ou menos profundo, mais ou menos extenso.»

Accentuando que não ha um unico symptoma de hysteria que não possa reproduzir-se pelo hypnotismo, Tanzi escreve: «Antes de se tornarem *reacções*, os phenomenos hystericos são imagens, embora fugitivas, que, sahindo do foco da consciencia, por uma especial irritabilidade dos centros reactivos, adquirem o valor de impulsos... Mas representarão sempre um papel as imagens? Diz-se que os hystericos tendem a executar involuntariamente tudo o que pensam, — o que é verdade. Mas tambem é certo que elles executam o que não pensam, que não se recordam de ter pensado e que na realidade nunca pensaram; e o seu poder de execução, como de inhibição, invade os dominios da inervação inconsciente, o que não acontece com os hypnotisados que obedecem sempre a uma suggestão, explicita ou não, presente ou esquecida,

pouco importa. Ha nos centros nervosos dos hystericos a possibilidade constitucional de funccionarem de um modo independente, invertido, hyperbolico ou incoherente, com associações e dissoluções de que seriam incapazes os normaes e que os proprios hypnotisados não poderiam effectuar sem a interferencia de uma suggestão formal.»

Assim, guardando reservas sobre a theoria exclusivamente psychica, defendida por P. Janet e outros, Tanzi definiu assim a hysteria: «E' uma disposição constitucional, as mais das vezes hereditaria, dos centros nervosos a reagirem de um modo paradoxal a estimulos insignificantes ou imperceptiveis para os normaes. Estas reacções por que a hysteria se manifesta desde a adolescencia e ás vezes desde a infancia em todas as espheras de inervação, são positivas e negativas, permanentes e ephemeras, frequentes e raras, parciaes e geraes, futeis e importantes; e entre os estimulos que as provocam, têm o primeiro logar as emoções, sempre poderosas e de incertos effeitos mesmo entre os normaes... Mais do que uma doença, é uma anomalia do equilibrio nervoso, a que corresponde talvez uma anomalia ligeira do equilibrio chimico. Por isso a hysteria não é causa, nem effeito de alterações anatomicas, não conduz á demencia e não offerece manifestações irreparaveis, por muito localisadas e continuadas que sejam.»

Etiologia. — A *hereditariedade*, muitas vezes similar, desempenha um papel preponderante na génese d'esta neuropsychose.

A influencia etiologica do *sexo* é ainda hoje muito discutida. Houve um tempo em que a hysteria se considerava uma doença quasi exclusiva das mulheres; assim, nas estatisticas de Briquet o sexo feminino apparecia representado por 95 %. Os trabalhos de Charcot e da Escóla de Salpêtrière, demonstrando a grande frequencia da hysteria masculina nas classes pobres, alteraram profundamente as percentagens de Briquet, havendo hoje

quem affirme que a nevrose affecta egualmente os dois sexos (Collin). Segundo a nossa observação, inteiramente concordante com a de Tanzi, de Kraepelin e d'outros, uma tal affirmação sería exagerada; comquanto muito mais frequente do que se pensa no homem, a hysteria é, comtudo, preponderante na mulher. Uma estatistica de Mendel daria, em 1224 casos de hysteria, 122 masculinos; e Pitres, em 100 casos de observação pessoal, teria encontrado, em 1891, 31 masculinos e 69 femininos. Esta estatistica do professor de Bordeus, a mais favoravel que conheço á ideia da alta frequencia da hysteria no homem, não dá todavia, como se vê, ao sexo masculino senão uma representação inferior a metade da que tem o feminino. A proporção de Jolly é de 20 % de casos masculinos.

A hysteria póde manifestar-se em todas as *edades*. Mas, ao passo que nas mulheres é mais frequente o seu apparecimento entre a puberdade e os 30 annos, no sexo masculino succede que ella surge relativamente mais vezes antes da adolescencia e na edade madura. Como Tanzi faz notar, a puberdade, que é, no ponto de vista em questão, a quadra mais perigosa para a mulher, marca muitas vezes no homem a desapparição de phenomenos hystericos. Quanto á frequencia relativamente maior da hysteria masculina depois dos 30 annos, o facto deve seguramente attribuir-se a acharem-se os homens, a partir d'esta edade, mais sujeitos que as mulheres, por virtude das profissões, á influencia pathogenica dos traumatismos.

Esta influencia é incontestavel. Os *traumatismos*, physicos e psychicos (ferimentos, commoções), incidindo sobre predispostos, determinam frequentemente a apparição da hysteria. Foram os medicos norte-americanos quem primeiro descreveu sob a designação de *railway-spine*, que os allemães substituiram pela de *nevrose traumatica*, uma variedade muito grave da hysteria, determinada não só pelos choques mecanicos, mas ainda pelo terror. O nome, em verdade excessivamente restricto, de

railway-spine deve-se a terem os primeiros casos observados succedido a accidentes de caminho de ferro; mas cêdo se verificou que não só esses tragicos accidentes, mas todos os traumatismos (incluindo os operatorios) e todas as emoções violentas de mêdo ou terror são capazes de produzir a nevrose. Charcot fez notar que entre o traumatismo e a apparição dos primeiros symptomas da hysteria decorrem sempre alguns dias ou algumas semanas, que elle chamou intervallo ou *periodo de meditação;* é n'esse intervallo que silenciosamente se faria o trabalho de auto-suggestão indispensavel ao apparecimento dos primeiros symptomas hystericos, segundo a doutrina psychica do eminente mestre, por outros admittida (Moebius, Tanzi).

A *imitação* representa um papel muito importante na génese da hysteria.

São geralmente conhecidas as grandes *epidemias* hystericas da edade-media e outras, notaveis, dos tempos modernos. Uma sorte de contagio, que definitivamente se reduz a uma suggestão involuntariamente exercida por hystericos praticantes sobre hystericos latentes, as explica. Nos conventos, nos collegios e nos hospitaes é sabido que um ataque de grande hysteria constitue, em regra, o ponto de partida de uma série de ataques similhantes nos predispostos que os observam. O isolamento do agente provocador suspende estas epidemias.

A neuropathologia moderna fez justiça ao preconceito segundo o qual os orgãos de geração seriam uma fonte privativa e especifica de accidentes hystericos. «Os orgãos sexuaes são hysterogénes ao mesmo titulo que todas as outras visceras» (Tanzi).

As influencias mesologicas d'ordem moral determinam muitas vezes nos predispostos a eclosão da nevrose. Estão n'este caso as *praticas religiosas*, as *leituras mysticas e romanescas*, o *convivio com nevropathas* e as *emoções deprimentes* muito rapidas. E' psychicamente hysterogéne

tudo o que desvia um espirito mal equilibrado da actividade pratica e da observação objectiva das coisas.

Symptomatologia. — Comquanto sobretudo nos interesse o lado mental da hysteria, estudaremos os seus symptomas somaticos e psychicos, porque sobre uns e outros se baseia o diagnostico.

Symptomas somaticos. — Designamos assim os phenomenos hystericos objectivamente apreciaveis, embora elles reconheçam uma origem psychica. Assim, uma anesthesia e uma contractura hystericas, se bem que as determine um estado mental e possam desapparecer subitamente por suggestão (no que differem da anesthesia e da contractura organicas), são phenomenos somaticos, porque os podemos apreciar pelos meios communs de exploração semeiotica.

Por differentes maneiras se podem classificar estes symptomas n'um intuito de exposição didactica. Considerando a sua natureza apparente, tratadistas ha que os dividem em motores, sensitivos, sensoriaes e trophicos; outros preferem dividil-os em paroxysticos e interparoxysticos. As duas divisões não se excluem, evidentemente. Seguiremos a segunda, que nos parece prestar-se a uma clara exposição do assumpto.

Por *symptomas paroxysticos* entendemos não só os grandes e pequenos ataques hystericos, mas os episodios de paralysia, de contractura e de perturbações agudas da inervação vasomotora e trophica; por *symptomas interparoxysticos* entendemos os *estygmas* ou anomalias habituaes de sensibilidade, do tom muscular e das trocas nutritivas.

O *grande ataque hysterico*, tambem impropriamente chamado *hystero-epileptico*, nada tem que vêr, na realidade, com a epilepsia. Um mesmo doente póde ser affectado das duas neuropsychoses, como temos visto, apresentando

alternadamente os paroxysmos de uma e de outra; mas o que jámais succede é combinarem-se os symptomas das duas ordens de paroxysmos n'uma crise; assim as designações de *grande ataque hysterico* e de *ataque de grande hysteria* devem prevalecer sobre a de ataque hystero-epileptico, do mesmo modo que o termo *grande hysteria* deve substituir definitivamente o de *hystero-epilepsia* (Charcot).

O grande ataque é sempre determinado por uma desagradavel emoção d'origem peripherica ou central, no que profundamente differe do ataque epileptico surprehendendo o doente em plena indifferença ou ainda nas melhores disposições de espirito. Uma forte impressão auditiva ou visual, uma noticia má, uma injuria ou uma alteração visceral provocam o accesso de grande hysteria.

Ao contrario do ataque de epilepsia, que rompe subitamente ou apenas precedido de *auras* pouco menos de instantaneas, o ataque hysterico tem sempre mais ou menos demorados preludios. As auras que precedem a crise hysterica podem ser psychicas, sensitivas ou sensoriaes, e têm sempre o mesmo caracter em cada doente.

A aura *psychica* toma aspectos muito diversos: é umas vezes uma grande tristeza immotivada, traduzindo-se por lagrimas e anciedade, outras vezes uma alegria inexplicavel conduzindo ao riso incoercivel, outras ainda uma sorte de impaciencia, de agitação, que nada supprime ou attenua.

A aura *sensitiva* consiste na exasperação das zonas hyperesthesicas e hysterogénes; o *clavo hysterico* (cephaleia intensa do vertice), o *globo hysterico* (constricção laryngo-pharyngea), a *ovarialgia* e os subitos *calores* são muitas vezes premonitores do ataque.

A aura *sensorial* é representada por *allucinações* de um ou de outro sentido.

O grande ataque offerece, segundo a Escóla de Salpêtrière, quatro periodos distinctos.

O primeiro ou *epileptoide* é caracterisado por con-

vulsões tonico-clonicas, seguidas de resolução muscular e respiração estertorosa; o pescoço entumesce e as pupillas tornam-se myoticas e rígidas.

O segundo ou de *acrobatismo*, é caracterisado por movimentos de clown, por contorsões violentas e attitudes rígidas. O *arco de circulo*, em que o corpo se soergue tendo por unicos pontos de apoio a cabeça e os calcanhares; a *garra cubital*, em que a mão se fecha com os dois ultimos dedos flectidos e os outros estendidos, separados e rígidos; os *movimentos rythmicos da bacia*, simulando o coito; os *salamaleks*, consistindo em oscillações regulares da cabeça e tronco, como as que se executam cumprimentando, são, entre outros, movimentos observados n'este periodo.

O terceiro ou de *attitudes passionaes* é caracterisado, como o nome indica, por posições do corpo denunciando uma forte concentração emotiva: attitudes mysticas, amorosas, colericas, desdenhosas, attentas, ameaçadoras, atterradas.

N'este periodo ha allucinações como na phase somnambulica do hypnotismo, e os doentes fallam, exteriorisando o seu estado mental.

O quarto periodo ou *periodo terminal* é caracterisado pela cessação de movimentos, resolução de attitudes plasticas e reapparecimento da consciencia, completamente ausente ou muito restricta nos outros periodos. Um estado de tristeza ou um accesso delirante fecha este periodo e com elle o ataque.

O accesso de grande hysteria, tal como acaba de ser descripto com a sua successão regular de periodos, é, pelo menos, excessivamente raro, excepcional até. Bernheim considera-o um puro resultado artificial, uma suggestão da Escóla de Salpêtrière; e não faltam em Paris neuropathologistas que affirmem a mesma opinião. E' de crêr, como Tanzi observa, que as hystericas do grande asylo francez soffressem a involuntaria suggestão

de Charcot, dos discipulos d'este, das companheiras *trenadas* na exhibição publica dos ataques, emfim dos desenhos que por toda a parte, no asylo, representavam as phases da grande crise. Esta sería, no dizer pittoresco do professor italiano, uma sorte do *exame de doutoramento* para as hystericas da Salpêtrière, rivaes na arte de se tornarem interessantes. Seja como fôr, esses ataques de phases escalonadas vão-se tornando cada vez mais raros dentro da propria Salpêtrière onde tão theatralmente se produziam sob a provocação de Charcot e diante de uma assistencia cosmopolita. Por minha parte, nunca vi desenvolver-se fóra da Salpêtrière um d'esses accessos typicos; o que sempre tenho visto é um desdobramento irregular e saltuario dos symptomas descriptos, com falta de alguns. Assim, tenho observado grande numero de accessos sem attitudes passionaes; em muitos tenho podido constatar que a consciencia se não perde senão por muito pouco tempo, recordando os doentes quasi tudo o que em torno d'elles se passou durante a crise; emfim, fóra do manicomio, raros ataques tenho visto a que um delirio succeda.

Critica analoga á do accesso typico de Charcot foi feita pela Escóla de Nancy ás relações encontradas pelo professor de Paris entre as diversas phases do hypnotismo e certas manobras do hypnotisador: a compressão da cabeça determinando o estado somnabulico, a abertura dos olhos provocando o estado cataleptico, a applicação do magnete dando logar á transposição das anesthesias e paralysias de um lado do corpo para o outro. Tudo isto se obtem com determinados *sujets* e em determinados meios; mas não é verdade que o somno hypnotico se preste, na grande maioria dos casos, a uma divisão em phases absolutamente distinctas e que cada uma d'essas phases obedeça a um determinismo especial (Tanzi). A minha experiencia pessoal concorda inteiramente com as ideias da Escóla de Nancy. As manifestações do somno hypnotico não são menos saltuarias, nem menos irregulares que as do grande ataque hysterico.

As manifestações paroxysticas são sempre seguidas por algumas horas de uma *polyuria*, que se caracterisa por emissões pouco frequentes, mas muito abundantes de urina clara e inodora, em que o peso do residuo baixa, sobretudo á custa da ureia. Essa urina é pobre em phosphatos (Gilles de La Tourette), e n'ella se realisa o que vulgarmente se chama *inversão da formula dos phosphatos*, mas que Tanzi justamente prefere chamar *alteração*. Ao passo que na urina normal os phosphatos terrosos (phosphatos de calcio e de magnesio) estão para os phosphatos alcalinos (phosphatos de sodio e de potassio) como 1 para 3, na urina hysterica post-paroxystica figuram na proporção de 1 para 1. Para haver *inversão* sería necessario que a proporção normal de 1 : 3 se tornasse 3 : 1; não ha pois inversão, mas alteração da formula urinaria dos phosphatos. Precisamente o contrario se realisa na urina epileptica post-convulsiva, em que se nota um augmento da ureia e dos phosphatos. Tambem a urina hysterica post-paroxystica, ao contrario do que se observa na epileptica depois dos ataques, perderia muito da sua toxicidade (Bloc, Mairet).

A importancia d'estes dados no diagnostico differencial das duas ordens de ataques e, consequentemente, das duas nevroses, hysteria e epilepsia, não precisa de ser encarecida.

Os ataques hystericos, de ordinario espaçados, podem todavia succeder-se sem treguas durante dias, semanas e mezes. E' o *estado de mal hysterico*. Vi um caso de hysteria masculina em que os accessos paroxysticos se succederam sem intervallo por espaço de alguns dias; em cada um d'esses numerosos ataques, por assim dizer embricados, o doente realisava o arco de circulo e manifestava tendencias suicidas. Mais frequentemente que no hysterismo, observa-se na epilepsia uma situação similar, denominada *estado de mal epileptico*. Mas, ao passo que n'este, como veremos, a temperatura se eleva considera-

velmente, pondo em risco a vida do doente, no estado hysterico a cifra thermometrica mantem-se normal; por outro lado, emquanto no estado epileptico a inconsciencia é completa, no estado hysterico apparecem por vezes lampejos de consciencia. E sobre estes dados nos basearemos para fazer um diagnostico differencial. De resto, o exame da urina constitue, como Tanzi nota, um elemento importante de differenciação entre o hysterismo e a epilepsia jacksoniana, onde, como veremos, se não observa a inconsciencia.

Os grandes ataques não são as unicas manifestações paroxysticas da hysteria. Ao lado da *grande hysteria* que elles caracterisam (hysteria major, grande mal hysterico), outras ha, de caracter fruste e acompanhadas de consciencia, caracterisando a *pequena hysteria* (hysteria minor, pequeno mal hysterico).

São as PEQUENAS MANIFESTAÇÕES PAROXYSTICAS, em que hoje se contam a *doença dos tics* de Gilles de La Tourette, da causa emocional, de movimentos rythmicos e não dolorosa, a *choreia rythmica*, de movimentos reiterados e de pausas isochronas, a *choreia electrica* ou *electrolepsia* de Bergeron, que não é senão uma variedade infantil de choreia rythmica (Pitres), e o *paramyoclono multiplo*, segundo Mœbius e Strumpell.

Todos estes syndromas, que foram considerados doenças autonomas, se integram na hysteria, graças á sua origem emotiva e á presença de estygmas, que sempre os acompanham.

Menos violentos que os accessos e muitas vezes chronicos são os symptomas paroxysticos de que passamos a accupar-nos e que Tanzi denomina *episodios morbidos*. Constituem uma transição entre os phenomenos francamente paroxysticos a que ainda pertencem, mas de que representam uma attenuação, e os estygmas hystericos, a que muitas vezes se assemelham pelo caracter chronico, mas de que differem pela não perpetuidade.

Os episodios morbidos da hysteria, de uma duração que oscilla entre algumas horas e alguns annos, comprehendem certas *reacções vasomotoras* e *trophicas*, as *paralysias*, as *contracturas*, as *paresthesias* e as *anesthesias*.

Entre as perturbações vasomotoras, constrictivas e dilatadoras (angiospasmo e angioparalysia) contam-se as *echimoses subcutaneas*, os *edemas* e as *hemorrhagias*.

Um angiospasmo local, determinado por um traumatismo doloroso, embora ligeiro, póde impedir uma hemorrhagia. E' o caso conhecido de não ser a picada de um alfinete n'um hysterico ou n'um hypnotisado seguida de derrame sanguineo.

Uma angioparalysia local dá logar, pelo contrario, á *dermographia*. As figuras (lettras, corações, cruzes, cravos, etc.), desenhadas no corpo dos santos, dos ascetas, de todos os mysticos estygmatisados (como a belga Luiza Lateau, estudada por Bourneville), não têm outra origem. Egual explicação comportam certas hemorrhagias hystericas: epistaxis, gastrorrhagias, enterorrhagias e hemoptyses. Angioparalysias e angiospasmos internos ou visceraes permittem interpretar a polyuria, a anuria, a perda de consciencia, n'uma palavra, uma infinidade de symptomas de que o maravilhoso se apoderou.

A natureza hysterica d'estes phenomenos é evidenciada no facto de ser possivel produzil-os e supprimil-os por *suggestão* no somno hypnotico. Por este processo curou Luys uma hysterica de uma larga mancha facial de côr vinosa, que resistira a todos os tratamentos anteriores. Tambem por suggestão determinava Tanzi a apparição de echimoses subcutaneas n'uma hysterica hospitalisada em Turim. Os *edemas* (azul, vermelho e branco) comportam a mesma interpretação; entre elles importa mencionar o das mamas (seio hysterico), ás vezes doloroso e unilateral, de que observei um caso muito nitido no meu serviço hospitalar.

E' ainda de angiospasmos e de angioparalysias que

dependem a *pseudo-angina pectoris* e a *pseudo-vertigem de Menière*.

Discute-se ainda hoje a existencia de uma *febre hysterica*. Negada por Strumpell, é admittida por Sciamanna, citado por Tanzi; por nossa parte, crêmol-a real, embora rarissima.

As *hypothermias hystericas* são admittidas por Mierzejewky; por minha parte observei uma hysterica bem averiguada em que a temperatura por muito tempo oscillou entre 33° e 35° c.

Entre as paralysias notam-se, por ordem de frequencia, as *hemiplegias*, as *paraplegias*, a *monoplegia do braço esquerdo* e, por ultimo as *monoplegias das pernas*. A *paralysia facial*, negada por Brissaud e Pierre Marie, foi observada por Ballet; e Tanzi está longe de a considerar excepcional.

A *astasia-abasia* e a *akynesia algera*, dolorosa, são ainda syndromas paralyticos ou ataxicos da hysteria (Bloc, Mœbius).

A *aphonia hysterica*, muito frequente, é o resultado de uma paralysia das cordas vocaes, determinada por causas psychicas; distingue-se das aphonias catharral, congestiva e tuberculosa, pela *sonoridade da tosse*.

O *mutismo hysterico* é um symptoma paroxystico dos mais frequentes; reconhece sempre uma causa emotiva, desapparece de ordinario abruptamente quer sob a influencia de uma forte commoção, quer da suggestão hypnotica e, ao contrario do que acontece na aphasia cortical, não se acompanha de agraphia. E' frequente a combinação do mutismo com a surdez; o *surdo-mutismo hysterico* é pouco menos vulgar que o simples mutismo.

Tenho actualmente no meu serviço hospitalar uma hysterica offerecendo todos os mezes, por occasião das regras, o syndroma paroxystico do surdo-mutismo, que facilmente remôvo por suggestão hypnotica.

O *phenomeno de Romberg*, a *ophtalmoplegia com im-*

mobilidade dos olhos, o *estrabismo* e a *diplopia monocular* são symptomas paroxysticos muitas vezes observados.

.O *meteorismo por insufficiencia do pyloro* (Ebstein) observa-se algumas vezes. Os doentes, por um dom especial e pouco invejavel, como diz Tanzi, engolem o ar, que não regeitam pelo esophago, mas fazem descer aos intestinos, mercê da atonia pylorica.

Tanto ou mais frequentes que os symptomas paralyticos são os *symptomas espasticos* da hysteria: *contracturas* e *tremulo*.

Do mesmo modo que os symptomas d'ordem paralytica ou paretica se podem filiar n'uma sorte de *diathese amyosthenica* (Tanzi), os symptomas espasticos podem referir-se a uma *diathese de contractura* (Charcot). De facto, ha nos hystericos uma especial disposição a transformar em contracturas ou *caimbras* todas as contracções musculares, tanto as voluntarias como as automaticas e mesmo as passivas. Esta disposição não se manifesta, porém, senão paroxysticamente.

As *caimbras do estomago*, os *vomitos incoerciveis*, o *espirro*, o *soluço*, o *bocejo*, a *tosse* e o *globo hysterico* são phenomenos espasticos da hysteria, tributarios d'esta diathese.

O *tremulo hysterico*, principalmente observado nos casos de origem traumatica, e, portanto, mais frequente na hysteria masculina, occupa um logar entre os tremulos *lentos* e *rapidos* (Charcot). Póde ser *geral* ou *parcial*, tomando umas vezes os membros, o tronco e a cabeça, outras vezes só os braços, só as pernas ou mesmo o segmento de um membro, apenas. Relativamente á duração, é *agudo* ou *chronico*, durando mezes ou annos. E' facil confundir este tremulo, de numero variavel de oscillações, com os tremulos da *paralysia agitante*, da *doença de Basedow*, da *esclerose em placas* e mesmo, quando localisado a uma perna, com a trepidação da *paraplegia espastica* (Tanzi). O diagnostico differencial repousa sobre um com-

pleto exame do doente; só a presença ou ausencia quer de *estygmas* somatico-mentaes, quer de outros symptomas paroxysticos da hysteria nos conduzirão a um seguro juizo medico.

Tão frequentes como todos os anteriores, são na hysteria as *perturbações sensitivas e sensoriaes*.

A primeira na ordem de importancia é a *hemianesthesia*, ás mais das vezes esquerda e desacompanhada de hemiplegia. Este symptoma raras vezes é accusado expontaneamente pelo hysterico: o doente desconhece-o e é preciso procural-o. D'aqui a ideia de que elle é o effeito de uma suggestão involuntaria do medico, uma sorte de producto artificial do exame somatico (Babinski). Tanzi contesta este modo de vêr, fazendo notar que, se elle fosse exacto, não haveria razão para que a hemianesthesia se localisasse preferentemente á esquerda, como é de observação commum.

Muitas vezes a hemianesthesia é uma simples insensibilidade para a dôr, uma verdadeira *hemianalgesia;* na grande maioria dos casos, porém, ella affirma-se simultaneamente para o toque, para a temperatura e para a pressão. A hemianesthesia hysterica não se acompanha das sensações de formigueiro e de pulsação, que caracterisam as hemianesthesias organicas; e este é um elemento importante para o diagnostico differencial. A anesthesia é mais ou menos accentuada, mas não é nunca total (Oppenheim); sempre do lado compromettido se podem observar pequenas zonas sensiveis, rectangulares ou em fórma de trapezio, *que não correspondem a territorios anatomicos de inervação*.

O *estreitamento concentrico do campo visual* é um symptoma hysterico de alto valor diagnostico (Graefe). A *amblyopia*, a *dyschromatopsia* e a *amaurose* hystericas não seriam senão exageros maximos d'este symptoma (Tanzi). A amblyopia é uma *hypoesthesia* visual; a amaurose é uma *anesthesia*, uma cegueira; a *dyschromatopsia*

uma visão confusa e indistincta das côres, uma *parasthesia*, portanto. Como justamente observa Tanzi, antes de conduzir á amaurose, o estreitamento do campo visual póde alterar a graduação physiologica da visão chromatica. Normalmente, como se sabe, os campos de visão chromatica são, por ordem de extensão decrescente: o branco, o azul, o amarello, o alaranjado, o vermelho, o verde e o violeta. Ora a hysteria póde reduzir um d'estes campos, de sorte que os immediatos são favorecidos, approximando-se do branco. Traduzindo-se o estreitamento concentrico de cada côr por uma reducção camprimetrica proporcional á respectiva extensão physiologica, as côres de perimetro menos extenso são as mais compromettidas, podendo succeder que deixem de ser vistas (Galezowski). Esta *cegueira* ou, melhor, achromatopsia parcial verifica-se, pois, na maioria dos casos em relação ao violeta e ao verde. E' para notar que a achromatopsia parcial, que implica uma visão confusa das côres ou *dyschromatopsia*, não tem uma origem retinica e não póde confundir-se com o *daltonismo* (Régnard). Collocando em face de um disco branco com raios verdes e vermelhos um hysterico affectado de achromatopsia para o verde e um daltonico da mesma côr, um e outro verão exclusivamente os raios vermelhos, confundindo os verdes com o branco; mas, pondo o disco em movimento, o hysterico verá o disco cinzento, ao passo que o daltonico o verá vermelho. O cinzento, apparecendo como a somma do vermelho e verde, prova que a retina era influenciada no hysterico pelas duas côres, o que no daltonico não acontece.

A *surdez hysterica*, mais vezes unilateral que dupla, acompanha-se frequentemente de allucinações elementares (zumbidos). Quasi sempre associada á hemianesthesia, localisa-se do lado d'esta e, portanto, as mais das vezes á esquerda. Acompanha sempre a surdez hysterica uma anesthesia das partes externas do ouvido, o que não tem logar na surdez organica.

A anesthesia localisa-se muitas vezes nas mucosas dos orgãos genitaes e da bexiga, dando logar á *anaphrodisia* e á *retenção da urina.*

A *ageusia* e a *anosmia*, que se observam frequentemente, explicam a inappetencia ou anorexia, que em certos hystericos vae até á *sitophobia.*

Por *symptomas interparoxysticos* ou *estygmas* da hysteria entendemos os phenomenos constantes da neuropsychose, os que existem e perduram independentemente dos ataques.

São *psychicos e somaticos.* N'este momento só dos ultimos nos occuparemos.

Os estygmas somaticos são d'ordem sensitiva e consistem em *hypo* e *hyperesthesias* tendo o seu ponto de partida em regiões limitadas da pelle, das mucosas ou das visceras profundas. Estas regiões, que constituem uma origem negativa ou positiva (ao menos apparente) de sensações anormaes e de accidentes hystericos, denominam-se *zonas hysterogénes;* e a experiencia demonstra que ellas são ou podem tornar-se tambem *zonas hypnogénes.*

A ausencia do *reflexo pharyngeo* e a do *reflexo conjunctival* são estygmas hypoesthesicos.

A *ovarialgia*, a *mastodinia*, a *rachyalgia*, a *pleuralgia*, a *sacrodynia* e o *clavo hystero* são estygmas hyperesthesicos; e n'este grupo entra a *aphalgesia*, ou dôr determinada pelo contacto de certas substancias, como o ouro, a prata, o sumo do limão e outras (Pitres).

SYMPTOMAS PSYCHICOS. — Podem, como os somaticos, dividir-se em *paroxysticos* e *interparoxysticos* ou *estygmas.*

No primeiro grupo entram todas as perturbações mentaes que immediatamente se ligam aos ataques, succedendo-lhes ou precedendo-os, e as que os substituem. Do segundo grupo fazem parte todas as anomalias que

concorrem na formação do que se chama o *caracter hysterico.*

Começaremos por esboçar este syndroma, a que algumas vezes se reduz toda a symptomatologia psychica da hysteria.

O *caracter hysterico* tem sido diversamente descripto, segundo os pontos de vista dos auctores sobre as relações da neuropsychose com a degenerescencia. Na realidade encontramo-nos hoje em face de duas correntes oppostas e, a meu vêr, egualmente erroneas. Segundo uma, que chamaremos *classica*, porque é a mais antiga e ininterruptamente seguida desde os trabalhos de Legrand du Saulle até perto de nós, todas as anomalias e perversões degenerativas que se encontram nos hystericos, são integradas no seu estado mental. Segundo outra, que chamaremos *reactiva*, porque nasceu como um protesto contra a primeira, todas as perversões mentaes lançadas pelos antigos á conta da hysteria pertencem não a esta, mas á degenerescencia que com ella se associa por vezes. O quadro do caracter hysterico, traçado pelos que seguem a primeira d'estas correntes, é alguma coisa de tenebroso e de horripilante: não ha monstruosidade moral que lá não figure. Opposto a este é o quadro desenhado pelos que seguem a segunda corrente, representada em França por Colin, cujo livro *L'état mental des hystériques* é confessadamente uma tentativa de rehabilitação moral d'estes psychopathas. Omittindo tudo quanto nos hystericos póde ser lançado ao activo da degenerescencia, esse quadro nada tem de sombrio ou de inquietante. No quadro de Legrand du Saulle, acceite pela maioria dos psychiatras auctorisados do ultimo seculo, que o reproduziram como um *cliché*, tudo seria abominação: luxuria, perversões sexuaes, mentira, calumnia, hypocrisia, simulação, espirito intrigante, são os traços fundamentaes d'esse quadro. Tudo isto desapparece no de Colin: uma sensibilidade exquisita, uma imaginação exaltada e um certo espirito imitativo são as tenues linhas d'este quadro amavel.

Como retratos syntheticos, um e outro são inacceitaveis. E a razão é simples: se, como justamente pretende Colin, é abusivo integrar na hysteria os signaes de degenerescencia psychica dispersos por differentes hystericos, porque, procedendo assim, nos esquecemos de que a hysteria póde coexistir com fórmas nosologicas degenerativas, que aos d'ella misturem os proprios symptomas, não é menos abusivo eliminal-os todos, porque, fazendo isto, implicitamente estabelecemos entre a hysteria e a degenerescencia uma opposição que os factos desmentem.

Nada impede que um hysterico seja simultaneamente epileptico, paranoico, demente precoce ou louco moral, por exemplo; e não distinguir o que pertence a cada uma das fórmas, integrando n'uma o que pertence á outra, é, evidentemente, um erro. Mas eliminar da hysteria tudo o que n'ella representa uma perversão mental, sob pretexto de que essa perversão se encontra nos degenerados, é praticar o erro, não menor, de pôr em conflicto com a degenerescencia o que não passa de uma das suas modalidades. O que é, com effeito, uma psychose constitucional senão um aspecto da degenerescencia?

O caracter hysterico não é o que Legrand du Saulle descreveu. Só por um erro de observação, por um verdadeiro preconceito, se póde affirmar, por exemplo, que a excitação sexual é um traço do psychismo hysterico. O exame desprevenido conduz a um resultado muito diverso: ha hystericos frigidos, ha alguns a quem o coito não inspira senão repugnancia, muitos que são absolutamente normaes sob o ponto de vista genésico, um certo numero de platonicos e, por fim, uma insignificante minoria de hypersexuaes, desafogando-se em praticas solitarias ou em contactos normaes e anomalos. A média de tudo isto não é, seguramente, a *luxuria desenfreada* dos velhos auctores.

O amor do mal e a mentira consciente, realisada em vista de um interesse pessoal, são phenomenos egualmente

alheios ao caracter hysterico, em que abusivamente os integraram alguns observadores. Ha numerosos hystericos de grande bondade, compadecidos, incapazes de um embuste calculado e cheios de generosidade. Os que serviram de modêlo á descripção pejorativa de Legrand du Saulle eram seguramente loucos moraes.

Mas, se os symptomas de immoralidade constitucional devem eliminar-se do caracter hysterico, a que na realidade não pertencem, é indiscutivel que outros symptomas degenerativos lhe são inherentes.

Um d'elles é o que Huchard denomina *ataxia moral* e que Tanzi prefere chamar *ataxia affectiva*. De facto, a versatilidade dos sentimentos é, em grau maior ou menor, um traço do psychismo hysterico. Subitamente, sem motivos justificados e mesmo sem razão apresentavel, o hysterico principia a aborrecer o que antes amava ou a ter em estima o que ha pouco repellia. Causas organicas, alterações cenestheticas, talvez, explicam estas mudanças affectivas que os doentes não apoiam em razões psychologicas e que a si proprios se não explicam. Reflectindo-se na conducta, esta versatilidade occasiona os actos mais imprevistos: conversões religiosas, defecções politicas, abandonos de carreiras lucrativas ou seguidas com distincção, ruidosos escandalos de amôr.

Outro elemento do caracter hysterico reside no *excesso de subjectividade*, que nem é o legitimo orgulho do homem superior, nem o egocentrismo atavico do paranoico, mas um desejo morbido de attrahir as attenções, de ser discutido, de inspirar interesse. Este subjectivismo exagerado explica as mystificações, as mentiras e as simulações de que os hystericos são justamente accusados. No intuito de se tornarem interessantes, certas hystericas não hesitam em declarar-se violadas, creando romances eroticos, nem sempre isentos de perigo. Uma, que observei, confidenciando ao pae uma phantastica novella de seducção, em que figurava como protogonista um amigo e frequen-

tador da casa, poz em risco imminente o supposto D. João, que só a uma casual viagem deveu não ser morto pelo indignado pae; o exame demonstrou a virgindade d'esta hysterica de 17 annos. E' ainda com o fim de provocarem a attenção que os hystericos simulam doenças que não têm ou exageram consideravelmente pequenos males. Uma hysterica por mim observada convenceu a familia de que não podia alimentar-se; como as instancias e as supplicas de parentes e amigos fossem impotentes para vencer-lhe a supposta repugnancia para a comida, fui chamado a praticar o catheterismo esophagico. O magnifico estado geral da rapariga fez-me pensar que se tratasse de uma simulação; e, de facto, um rigoroso inquerito provou que ella escondidamente ingeria os crescimos da meza, destinados a animaes domesticos. Esta garota de 15 annos gosava prodigiosamente sentindo-se o ponto de convergencia das sobresaltadas attenções da familia. Nem sempre a mythomania dos hystericos toma estas proporções; é seguro, porém, que todos elles exageram, pelo menos, os seus males, se percebem que assim despertam a piedade dos amigos ou o interesse do medico.

A prova de que se não trata aqui de perversões similhantes ás dos loucos moraes, mas de um hypersubjectivismo, nem sempre malevolente, é fornecida pelas *auto-accusações*. Não hesitando em comprometter os outros, os hystericos tambem não hesitam em comprometter-se a si uma vez que d'isso lhes proceda uma hora de notoriedade. E' assim que ás auctoridades se dirigem por vezes, confessando-se auctores de crimes em que não tiveram a mais remota interferencia.

O hypersubjectivismo, que inspira e alimenta a mythomania dos que chamaremos hystericos *inferiores*, origina tambem os actos ruidosos de abnegação dos hystericos *superiores;* não têm outra explicação algumas existencias de altruismo praticante.

Um certo *coquettismo*, attribuido geralmente ás hys-

tericas, é um facto incontestavel; sómente, elle não deriva de uma excitação genital, como se suppõe, mas é ainda uma traducção do desejo de attrahir, de interessar e, não poucas vezes, de um elevado sentimento esthetico.

As rapidas *cambiantes de humor* são caracteristicas dos hystericos e fazem n'elles *pendant* á ataxia affectiva de que fallámos. Tristes e desalentados n'um momento, estes doentes passam no immediato a uma disposição alegre e esperançada, quer sob a influencia suggestiva de uma conversa, quer simplesmente pela perspectiva de um passeio, de um espectaculo, de um novo tratamento, da simples approximação de uma pessoa amiga e carinhosa.

Exageradas, as disposições depressivas e expansivas dos hystericos frisam o delirio. Occupo-me de uma hysterica de multipla symptomatologia physica e mental que nas suas horas de maior desesperação esboça ideias de auto-accusação: não serve para nada, não tem senão defeitos physicos e moraes, é destituida de affectos generosos, sobrecarrega inutilmente os outros, não merece os cuidados de que é objecto e deve ser despresada. Nas suas horas boas, não hesita em referir episodios, perfeitamente exactos, da sua vida, em que as suas excellentes qualidades de coração, o seu desinteresse, a sua dedicação, o seu amôr do trabalho se evidencíam. A antithese d'estes estados é frisantissima. Mas, em grau maior ou menor, ella observa-se em todos os hystericos, e é certamente devida a um caracteristico *desequilibrio cenesthetico*.

O *espirito de imitação*, denunciando uma vontade fraca e instavel, é um traço estygmatico do estado mental dos hystericos. E' esse espirito imitativo, essa subordinação á vontade d'outrem, que explica a sua grande *suggestibilidade*.

O estado hypnotico não é, como geralmente se pensa, indispensavel, nem mesmo necessario, na grande maioria dos casos, para modificar pela persuação a attitude mental de um hysterico. O seu espirito acolhe expontaneamente

as ideias que derivam de pessoas por qualquer titulo auctorisadas; e, assim, a suggestão em vigilia é das mais proveitosas. Eu penso mesmo que, a não se tratar de graves accidentes paroxysticos (mutismo surdez, amaurose, paralysia, contractura), a hypnotisação deve regeitar-se como meio curativo. Para tornar efficaz a suggestão não é necessario, em regra, o preambulo do somno hypnotico, de que se tem abusado com prejuizo dos doentes.

A suggestão da *entourage* sobre os doentes, por isso mesmo que se exerce a todos os instantes, é das mais intensas e efficazes — no bom ou no mau sentido, diminuindo ou aggravando o seu mal. E alguma coisa de analogo se póde dizer da sociedade em que vivem e de cujos preconceitos, vicios e virtudes facilmente se impregnam.

Devemos no emtanto observar que este espirito de imitação e esta suggestibilidade, repousando menos n'uma falta de energia volitiva que n'um estado affectivo, se não affirmam em todas as condições. A suggestibilidade manifestada em relação a certas pessoas, não exclue uma teimosia e uma sorte de *entêtement* oppositivo relativamente a outras; ao contrario, as duas condições mentaes podem coexistir n'um hysterico, do mesmo modo que, por motivos de outra natureza, coexistem n'um demente precoce a suggestibilidade e o negativismo. E' assim que muitas vezes o hysterico se manifesta corajosamente contra certos preconceitos do meio, contra a vontade da familia e contra a corrente geral dos costumes, se uma poderosa suggestão contraria, religiosa, politica ou erotica o domina. O abandono do lar domestico por hystericas suggestionadas no confessionario ou dominadas por uma forte paixão, é vulgar; e não é raro, sobretudo nos grandes centros, observar hystericos, homens e mulheres, arrastados por um tufão de proselytismo a uma vida tempestuosa pela qual, a despeito de conselhos, de supplicas e de obstaculos da familia, trocaram a existencia tranquilla e facil do seu meio e situação habituaes. A energia e a tenacidade in-

quebrantaveis que estes factos traduzem, não são todavia senão effeitos de uma suggestão de base sentimental.

Sobre este fundo de instabilidade mental podem germinar e desenvolver-se multiplos *estados psychopathicos* de maior ou menor duração, que é preciso não confundir com as *psychoses* que muitas vezes se associam com a hysteria, formando o que Magnan denomina *coexistencias*.

Assim como nada impede que um cardiaco seja dyspeptico, gottoso ou syphilitico, nada obsta a que um hysterico seja simultaneamente epileptico, paranoico, louco moral, melancolico, maniaco, alcoolico, morphinista, debil mental ou demente precoce. As psychoses que se associam á hysteria guardam a sua feição symptomatica inconfundivel, não tirando da alliança com a nevrose senão uma possivel modificação de marcha. A's vezes, é certo, a mistura muito intima dos symptomas da hysteria com os das psychoses associadas póde singularmente difficultar a descriminação das fórmas nosologicas coexistentes; e isto explica porque á hysteria se attribuiram manifestações mentaes que na realidade lhe não pertencem, mas á loucura moral que muitas vezes se lhe associa. A frequente alliança da hysteria com a demencia precoce fez tambem com que a esta figura clinica se imputassem manifestações psychicas privativas d'aquella. As difficuldades do diagnostico differencial são reaes e os erros que d'ellas derivam tanto mais perdoaveis quanto é certo que a etiologia nem sempre concorre a desvanecel-os; isto succede nos casos figurados da alliança da hysteria com a loucura moral ou com a demencia precoce, fórmas nosologicas tributarias, todas, da hereditariedade e fazendo parte do grupo das psychoses constitucionaes. Em casos d'esta ordem, mais frequentes do que póde imaginar-se, só a evolução das psychoses coexistentes permittirá estabelecer um seguro diagnostico differencial entre ellas, fornecendo-nos opportunidade de assistir a dissociações symptoma-

ticas por longo tempo occultas. E' o que muitas vezes se dá na associação da hysteria com a demencia precoce hebephrenica; só a constatação da anesthesia affectiva, que no tumulto da symptomatologia inicial não podia fazer-se, permitte descobrir a demencia precoce e separal-a da hysteria, sua alliada.

Na associação da hysteria com a epilepsia, se as duas neuropsychoses se não manifestam, como ao principio acontece muitas vezes, senão por crises incompletas, o diagnostico differencial póde ser extremamente difficil. Só a evolução dos casos clinicos, attentamente seguida, nos permittirá surprehender elementos differenciaes, quer pelos caracteres de alguns dos ataques ou crises, quer pela constatação de attributos mentaes adstrictos a cada uma das doenças.

Mas uma coisa são as psychoses que podem associar-se á hysteria, outra coisa são, como dissemos, os *accidentes psychopathicos* de que esta frequentemente se acompanha.

Estes accidentes, a que justificadamente dariamos o nome de *episodios delirantes*, são de duas ordens: *confusionaes* e *affectivos*, desdobrando-se estes em *maniacos* e *melancolicos*.

Entram no primeiro grupo os delirios que succedem aos ataques de hysteria ou que os substituem como equivalentes psychicos. Ephemeros ou protrahidos, esses delirios, em que as attitudes passionaes representam um importante papel, não são senão estados de *confusão mental allucinatoria*, absolutamente similhantes aos que realisam como accidentes agudos na marcha das intoxicações chronicas.

Os estados *maniacos* e *melancolicos*, em cuja producção é fertil a hysteria, explicam-se facilmente pelas perturbações cenestheticas d'esta nevrose. Uma hysterica do meu serviço cáe todos os mezes, nas proximidades da epocha menstrual, n'um profundo estado depressivo, acompanhado de ideias de humildade: não vale nada, não é util a ninguem, não tem senão más qualidades, não me-

rece os cuidados de que a cercam. As intensas perturbações visceraes d'esta rapariga quando o fluxo mensal se approxima, explicam sufficientemente este transitorio delirio melancolico.

Em outros hystericos observam-se estados maniacos; e muitos ha em que a mania e a melancolia se alternam irregularmente.

A prova de que estes estados affectivos pertencem á hysteria e não constituem psychoses com ella coexistentes reside sobretudo na possibilidade de os provocar por suggestão hypnotica.

Prognostico. — A hysteria não conduz nem á morte, nem á demencia; por outro lado, os estados psychopathicos de que se acompanha, são sempre transitorios. No sexo masculino o advento da puberdade marca muitas vezes a desapparição ou uma notavel alteração da hysteria; no sexo feminino acontece o mesmo, frequentemente, com o advento da menopause.

Assim, *não é grave* o prognostico da hysteria em *relação ão individuo* embora a doença seja essencialmente chronica e se acompanhe muitas vezes de uma penosa symptomatologia visceral.

E' porém, *desfavoravel* o prognostico *em relação á descendencia*, porque a hysteria é eminentemente transmissivel.

Diagnostico. — Expondo a symptomatologia, pozemos em relêvo todos os meios de estabelecer o diagnostico differencial entre a hysteria e ás psychoses que com ella podem confundir-se por qualquer aspecto clinico. Difficuldades sobre este capitulo, só póde haver as que resultam da associação da neuropsychose em questão com outras doenças mentaes; e essas póde apenas vencêl-as um clinico de longa pratica.

Tratamento. — O *prophylatico*, applicavel aos descendentes e collateraes dos hystericos, reside no isolamento, n'uma sevéra hygiene e n'uma educação apropriada.

O *isolamento* é necessario e deve fazer-se precocemente, porque na infancia as tendencias imitativas depressa conduzem os neuro e psychopathas á reproducção de crises hystericas. Por outro lado, parentes hystericos são sempre pessimos educadores.

Uma *sevéra hygiene*, tendendo a robustecer os descendentes de hystericos, é um indispensavel meio preventivo; mas o seu emprego é sempre dos mais precarios no meio familial, se um hysterico o domina.

A *educação* deve visar não só o desenvolvimento harmonico do corpo e das funcções intellectuaes, mas a affectividade, ordinariamente exaltada e instavel dos descendentes dos hystericos, e a vontade, em regra frouxa ou substituida por alternativas de abulias e impulsos. A precocidade com que muitas vezes desperta o instincto sexual n'estes predispostos, impõe a necessidade de vigiar de perto as suas leituras, as suas relações e os seus actos.

O tratamento curativo tem por agentes principaes o *isolamento* e a *psychotherapia*.

O primeiro d'estes agentes deve ser utilisado a partir das primeiras manifestações hystericas e mantido por muito tempo. Precocemente instituido, o isolamento dá resultados que debalde se esperam d'elle quando posto em pratica n'uma phase avançada da nevrose. O meio familial é quasi sempre detestavel para os hystericos, ainda quando na sua composição não entram nevro ou psychopathas, porque é formado, em regra, de pessoas que não conhecem a doença e estão, por isso, dispostas a empregar contra ella processos inadequados, ora tratando o neuropatha com uma severidade que o choca, ora amimando-o para além de todos os limites, ora abandonando-o por incuria ou por incomprehensão do alcance de certos symptomas. Na primeira d'estas hypotheses o hysterico

subalternisa-se, minora-se, acobarda-se, soffrendo enormemente nos seus affectos, sentindo que sobre elle pesa uma injustiça e creando, portanto, no seu espirito uma disposição melancolica. Na segunda hypothese, o hysterico torna-se dominador, caprichoso e erige-se em fetiche familiar, seguindo livremente os seus impulsos mal sãos. Na terceira hypothese, a exacerbação progressiva de symptomas, aliás facilmente jugulaveis, imprime á doença um caracter de gravidade que lhe não é inherente.

Um hysterico exige para tratar-se um meio composto de pessoas que tenham da nevrose um conhecimento experimental sufficiente; só os manicomios e as casas de saude realisam estas condições.

A *psychotherapia* é, depois do isolamento, o agente curativo de maior valor. Consiste essencialmente na *suggestão* quer em vigilia, quer hypnotica. Só um medico póde pratical-a em qualquer das suas fórmas.

A suggestão em vigilia, se o clinico estudou bem o seu doente e tem sobre elle auctoridade, basta n'um grande numero de casos. Muitos ha, porém, que exigem pela sua symptomatologia o emprego da hypnose como preliminar da suggestão. A suggestão em vigilia é, em regra, impotente para combater as grandes cephaleias, as paralysias, as fortes contracturas, o mutismo, a amaurose, a surdez e analogos symptomas. Para vencer estes accidentes é necessario crear no doente um estado artificial de maxima suggestibilidade; o somno provocado é então imprescindivel.

Com estes agentes capitaes collaboram naturalmente a balneação, a electrotherapia, o alectuamento, os tonicos, os calmantes e outros, cujas indicações o estado symptomatico de occasião se encarrega de evidenciar.

Um imperfeito conhecimento da hysteria poz em voga outr'ora uma deploravel therapeutica, ainda hoje adoptada em meios acanhados e por clinicos incompetentes. Refiro-me á pratica de operações demolidoras do apparelho se-

xual preconisada por cirurgiões, e á instigação aos actos genésicos, oppostamente feita por medicos. Toda esta *therapeutica medieval* (Tanzi) procede da falsa doutrina que colloca a hysteria na dependencia das funcções sexuaes anormalisadas por excesso. Os cirurgiões, sempre radicaes, combatiam o excesso funccional supprimindo o orgão; conservadores, os medicos oppunham-se a elle, dirigindo no sentido natural do coito um appetite que imaginavam transviado nas praticas onanistas ou nos devaneios de um insatisfeito romantismo erotico. Nas provincias de Portugal ainda hoje se aconselha ás hystericas o soberano remedio do *casamento;* e eu sei de extirpações e cauterisações do clytoris, feitas para combater praticas de masturbação que se reputavam causa da nevrose.

EPILEPSIA

Grande mal; mal herculeo; mal caduco; mal sagrado; mal comicial

Definição. — O conceito nosologico de epilepsia, equivalente durante seculos ao de uma affecção caracterisada por subitos e inconscientes ataques convulsivos e pelos seus immediatos symptomas premonitores e successivos, foi tão completamente remodelado pela analyse clinica, sobretudo nos ultimos trinta annos, que é hoje irreconhecivel.

O primeiro trabalho d'essa remodelação, consistiu em considerar, não apenas a symptomatologia dos ataques convulsivos, mas a sua evolução accessual; e d'este trabalho resultou desde logo um encurtamento do conceito, de que foram excluidas as *eclampsias*. Comquanto identicos pelos symptomas, os ataques eclampticos e epilepticos differem pela evolução, que nos primeiros definitivamente se suspende ao fim de um certo tempo e nos segundos prosegue com irregulares intermittencias atravez da vida individual.

A este primeiro trabalho um outro succedeu, consistindo em descriminar os casos em que os ataques são apenas episodios symptomaticos de doenças bem definidas, dos casos em que elles constituem pela sua successão e na ausencia d'outros phenomenos uma doença exclusiva. Este segundo trabalho, rompendo a unidade nosologica da epilepsia pelo reconhecimento de duas especies, uma *symptomatica*, outra *idiopathica*, preparou a regeição da primeira do campo da psychiatria. A epilepsia de um idiota, de um paralytico geral, de um demente precoce, de um alcoolico, por exemplo, é uma *falsa epilepsia*, porque não é uma doença, mas um *syndroma;* os ataques, em attenção aos quaes se diagnostica, não merecem o nome de epilepticos, mas de *epileptoides*.

Um terceiro trabalho d'esta lenta remodelação consistiu em notar que o ataque póde revestir uma feição abortiva, sem por isso perder o seu caracter: as *vertigens* e as *ausencias* não são senão ataques cuja evolução se suspendeu, crises que não se desenvolveram completamente nos seus periodos classicos, mas que denunciam com tanta segurança a nevrose como se os tivesse atravessado desde a queda inicial até ao coma ou ao despertar amnesico. Os simples phenomenos precursores, as *auras*, podem substituir os ataques; e mesmo phenomenos psychicos da natureza dos que por vezes precedem os ataques ou lhes succedem, podem, como seus *equivalentes*, constituir toda a doença, d'onde a admissão de uma epilepsia *larvada* ou *fruste*, mais propriamente chamada *psychica*, feita, não de ataques, mas de crises mentaes, de delirios. No grupo dos epilepticos vieram pois a entrar numerosos doentes de cuja psychose ninguem teria outr'ora a mais ligeira suspeita.

Assim, começando por ser um facto *essencial* na epilepsia, o ataque convulsivo tornou-se um symptoma *secundario* e *episodico*, de que, mau grado o valor clinico da sua presença, a nevrose não carece para constituir-se

figura nosologica e ser como tal diagnosticada. Ao contrario, symptomas d'ordem mental, que primitivamente se consideravam de *subalterna importancia*, vieram a tornar-se *primaciaes*.

A remodelação do conceito classico não podia ser mais completa. E no emtanto, não foi dita ainda a ultima palavra sobre a epilepsia, cuja natureza intima subsiste um dos assumptos mais controvertidos da psychiatria moderna.

Etiologia. — A *hereditariedade* representa indiscutivelmente o principal papel na génese da epilepsia. Kraepelin affirma que 87 % dos casos em que a anamnese póde estabelecer-se exactamente, são tributarios d'esta causa; Weigandt eleva esta cifra a 90 %. A hereditariedade é muitas vezes *nevropathica:* mais de 25 % dos epilepticos descendem de paes quer tambem epilepticos, quer hystericos, neurasthenicos, choreicos, alienados e criminosos, ou têm doentes d'estes na ascendencia collateral (Weigandt). A hereditariedade é outras vezes *toxica:* 21 % dos epilepticos procedem directamente de *alcoolicos*, segundo Wildermuth; Weigandt eleva a proporção a 25 %, e os trabalhos de Seppilli e Otholenghi fazem pensar que esta cifra fica ainda áquem da verdade.

A *edade avançada* dos progenitores ou a desproporção das suas edades á epocha da procreação constitue averiguadamente uma causa da epilepsia. O mesmo se affirma da *consanguinidade*.

De um modo geral póde dizer-se que todas as doenças capazes de collocarem um dos progenitores ou os dois em manifesto estado de inferioridade physiologica são causas predisponentes da epilepsia dos filhos.

A *precocidade* com que a epilepsia de ordinario irrompe e a presença de *estygmas physicos de degenerescencia* na maioria dos epilepticos pleiteiam a favor da natureza constitucional d'esta nevropsychose (Weigandt, Lombroso).

As *doenças infecciosas* da infancia podem, por intermedio de lesões residuaes do cerebro, provocar a epilepsia. Quando isto succede as convulsões começam e são preponderantes do lado opposto ao da lesão, onde não faltam de ordinario contracturas, paresias ou atrophias (Venturi, Agostini).

A *syphilis*, os *tumores cerebraes*, os *traumatismos craneanos* e, na ordem dos venenos, o *absyntho* (Magnan) são causas determinantes da nevrose.

As *auto-intoxicações* podem nos predispostos ser causa occasional das descargas motoras.

O *terror* representa o mesmo papel.

As *cicatrizes periphericas*, as doenças auriculares, nomeadamente a *otite média*, e os *polypos nasaes* estão nas mesmas condições.

Symptomatologia.— Estudaremos em primeiro logar os phenomenos somaticos ou *caracteres* e *symptomas* d'ordem physica por que a neuropsychose se exteriorisa, e depois os phenomenos psychicos, tanto os permanentes, que constituem o *estado mental dos epilepticos* ou o modo de ser habitual do seu espirito, como os episodicos ou accessuaes e os consecutivos, consistindo em delirios e em demencia.

Caracteres e symptomas somaticos. — No grupo dos *caracteres physicos* da epilepsia estão comprehendidos não só os *signaes anthropologicos* ou *estygmas degenerativos*, que traduzem anomalias de evolução exclusivamente imputaveis á hereditariedade, mas os *signaes pathologicos* derivados de lesões cerebraes precoces.

Entre os primeiros figuram o *desenvolvimento anormal dos seios frontaes*, a *excessiva proeminencia das bossas*, o *exagero insolito da mandibula*, o *desvio do nariz*, o *prognatismo*, a *abobada palatina em ogiva*, as *orelhas*

em arco, a *ausencia do lobulo da orelha* e a presença do *appendice lemurico* (Lombroso).

Entre os segundos estão a *asymetria craneo-facial*, sobre que Laségue desde muito chamára as attenções e que é por vezes consideravel, e a *asymetria dos membros*, menos frequente.

Ao lado d'estes caracteres d'ordem anatomica observam-se os d'ordem physiologica, de que são capitaes o

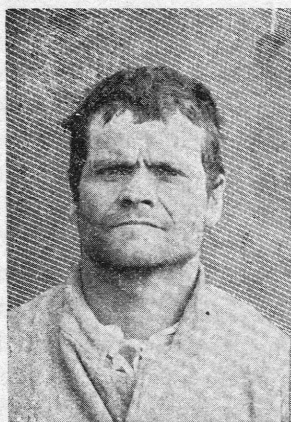



Fig. 34.— Epilepsia (mandibula exagerada; criminalidade)

Fig. 35.— Epilepsia (olhar vitreo; criminalidade)

mancinismo, a *hypoalgesia*, a *disvulnerabilidade*, o *nystagmo*, as *paresias unilateraes*, o *exagero dos reflexos tendinosos*, a *bradilalia* e a *dysarthria*. A *expressão physionomica* dos epilepticos tem muitas vezes alguma coisa de truculento e de ferino.

Sem serem pathognomicos, como Tanzi observa, estes caracteres têm pela sua presença e sobretudo pela sua multiplicidade no mesmo individuo um alto valor diagnostico.

O agrupamento dos symptomas physicos é constituido

pelos *ataques*, pelos phenomenos que immediatamente os precedem e lhes succedem e pelos equivalentes.

Ataques e symptomas immediatos. — O *ataque* completo (grande mal, epilepsia major) surge de ordinario abruptamente. De dia ou de noite, sem prévio aviso de qualquer ordem, o doente perde a consciencia e é tomado de uma *contracção tetanica de todos os musculos*, sem excepção dos respiratorios. Se não está deitado, cáe desamparadamente e sempre do mesmo modo: para a frente, para traz, para um dos lados, d'onde os ferimentos repetidos do craneo e da face em determinados pontos. Algumas vezes, a expiração violenta e a contracção das cordas vocaes determinam um *grito* rouco, pavoroso de ouvir-se; e tambem succede que a *lingua*, apanhada entre as maxillas cerradas em trismo, é profundamente *mordida*. Os membros são rigidos, as mãos fortemente fechadas e a cabeça flectida para traz. O rosto, extremamente *pallido* no momento do icto, torna-se depois *vermelho* e por ultimo *cyanotico*, em consequencia da asphyxia determinada pelo tetano respiratorio. As pupillas, que no principio e contemporaneamente ao grito se apresentam myoticas por um instante, tornam-se depois *mydriaticas e rigidas*.

Esta é a *phase tonica* do ataque, muitas vezes seguida de excreção de fezes, de urina e mesmo de esperma; a sua duração não excede 30 segundos.

A' phase tonica succedem *convulsões* dos membros, do thorax e da cabeça, d'onde contusões frequentes e mesmo luxações e fracturas; inspirações e expirações profundas e ruidosas sobrevêm (respiração estertorosa); uma saliva arejada e, se a lingua foi mordida, avermelhada (baba sanguinolenta) aflora aos labios; a cyanose desapparece progressivamente; o corpo cobre-se de suor; o pulso torna-se frequente e a temperatura eleva-se de 1 a 5 decimos.

Esta é a *phase clonica* do ataque; a sua duração não excede 5 minutos.

Terminada a phase clonica, póde o epileptico recuperar subita e integralmente a consciencia ou, o que é mais frequente, cahir n'um somno profundo e longo, de que acorda abatido, confuso e mal humorado.

Mas nem sempre o ataque surge subitamente e sem aviso. Algumas vezes, uma *cephaleia* mais ou menos intensa, um sentimento de *oppressão*, uma excessiva *irritabilidade* ou uma grande *tristeza* precedem de horas ou mesmo de dias a crise convulsiva. Alarmado por estes phenomenos, cujo significado a experiencia lhe revelou, um doente da minha clinica abandona o trabalho, encerra-se em casa e pede á familia que o vigie de perto. São estes os *symptomas premonitores*, os mesmos sempre para cada doente. Outros ha, porém, que immediatamente precedem o ataque, se repetem como estereotypias e constituem verdadeiros *signaes da imminencia do mal:* são as *auras*.

Sentidas pelo doente ou mesmo perceptiveis aos extranhos, as *auras epilepticas* variam, segundo o territorio nervoso de que partem. São sensitivas, sensoriaes, motoras, vasomotoras, secretorias e psychicas.

A *aura sensitiva* é ás vezes uma forte *cephaleia*, outras vezes uma *dôr* ou uma *sensação penosa*, que da extremidade de um membro caminha para o tronco, do epigastro para o pescoço, para a cabeça ou para o coração.

A *aura sensorial* é sempre uma *allucinação*, ordinariamente *elementar*, mas ás vezes *completa*, da *vista* ou do *ouvido*. Mais raramente observam-se allucinações multiplas e combinadas: anjos que fallam, chammas que crepitam, figuras de que partem cheiros extranhos.

A *aura motora* consiste em *contracções* musculares, umas vezes *circumscriptas* (movimentos dos olhos, deglutições, movimentos de mastigação), outras vezes *extensas* e *coordenadas* (fugas, attitudes, gestos profissionaes, palavras), ou em *paresias* e *paralysias* subitas *dos membros*.

A *aura vasomotora* é representada pela *pallidez* ou *rubor* da face ou de uma porção qualquer da pelle.

A *aura secretoria* consiste n'um augmento critico de *saliva*, de *suor* ou mesmo de *urina*.

A *aura psychica* (mencionada n'este logar apenas para a não separarmos do ataque) consiste n'uma *recordação imagetica*, n'uma *ideia* ou n'um *sentimento*, surgindo obsessivamente; menos vezes é uma *aphasia*, quer *sensorial*, quer *motora*.

Os phenomenos physicos post-accessuaes são variados.

Do lado da motilidade, ha a notar umas vezes *exagero dos reflexos tendinosos com hypertonia muscular*, outras, *diminuição* ou mesmo *abolição*. Estes phenomenos, oppostos entre si, mas os mesmos sempre para cada doente, estariam na dependencia, não da intensidade do ataque, mas das regiões corticaes em que se realisa a descarga epileptica e onde, portanto, mais se faria sentir o exhaurimento consecutivo; haveria exagero ou diminuição dos reflexos, segundo essas regiões seriam aquellas de que partem normalmente acções inhibitorias sobre o tom muscular e sobre os reflexos ou aquellas de que partem acções excitantes (Lugaro).

Do lado das *pupillas* observa-se durante o somno epileptico uma consideravel *myose*.

A *urina* depois dos ataques apresenta por vezes uma pequena quantidade de *albumina;* o *sangue* é menos alcalino; e o *succo gastrico* é *hyperchlorydrico*, carregado de *acidos de fermentação anormal* e *hypertoxico* (Agostini, Lui, Ceni).

Nem sempre o ataque epileptico tem a fórma inconsciente e generalisada que foi descripta; ás vezes reveste uma feição parcial, *convulsiva* ou *sensitiva*.

O *ataque parcial convulsivo* (epilepsia jacksoniana) differe do generalisado por tres caracteres: não offerece uma phase tonica; é consciente; e as suas convulsões limitam-se a um grupo de musculos.

Em regra, os ataques de epilepsia jacksoniana são determinados por lesões corticaes circumscriptas, tumores, hemorrhagias, inflammações locaes; mas podem tambem surgir como effeito quer de causas geraes de natureza toxica (alcoolismo, uremia, etc.), quer de lesões diffusas (paralysia geral), quer, emfim, de uma simples disposição hereditaria e sem precedentes cerebropathicos. Assim, sendo muitas das vezes *symptomatica*, a epilepsia jacksoniana póde ser tambem *essencial*.

As *convulsões* limitam-se a um grupo determinado de musculos, quasi sempre da *face* ou de um *braço*.

Estas convulsões, de caracter clonico, não são precedidas da phase de rigidez por que se inicia o ataque vulgar ou completo.

A consciencia permanece durante todo o ataque, excepção feita dos casos em que as convulsões se generalisam.

O *ataque parcial sensitivo* (epilepsia sensitiva) reduz-se á presença accessual de *sensações anormaes* de séde variavel, ou de *allucinações* de um ou muitos sentidos.

A natureza epileptica dos ataques parciaes quer motores, quer sensitivos é perfeitamente indiscutivel. Pelo que respeita aos primeiros, são factos bem averiguados que n'um mesmo doente as crises convulsivas incompletas ou unilateraes alternam regularmente com as generalisadas e que não raras vezes os ataques jacksonianos constituem apenas o preludio, mais ou menos longo, de uma epilepsia vulgar; por outro lado, a observação clinica revela-nos que n'um grande numero de ataques generalisados as convulsões clonicas começam por um membro e, mesmo depois de se estenderem a todo o corpo, são preponderantes á direita ou á esquerda.

Quanto aos ataques parciaes sensitivos, é evidente que elles não são senão a phase premonitora ou das auras que se observa em numerosos casos de epilepsia generalisada.

O ataque jacksoniano é o ataque vulgar a que falta o periodo tonico; o ataque sensitivo é o mesmo ataque reduzido a uma aura. Trata-se, pois, n'um e n'outro caso, de epilepsia abortiva.

Equivalentes physicos. — Ao lado das crises jacksonianas e das crises sensitivas ou sensoriaes, figuram ainda como manifestações de epilepsia abortiva (pequeno mal, epilepsia menor) os *equivalentes physicos* do ataque.

Um d'elles é a *ausencia*. No meio de qualquer occupação, o doente empallidece, o seu olhar immobilisa-se n'uma expressão extranha e inconfundivel, o corpo torna-se rigido e o acto em execução é suspenso, emquanto um ligeiro tremor aflora por vezes aos labios, á lingua ou aos membros; ao fim de 30 segundos, o maximo, a situação normal reapparece e o doente retoma no mesmo ponto em que a deixára, a occupação anterior, *sem a mais ligeira consciencia do que se passou*. Uma ou outra vez uma curta crise de riso, de chôro ou de canto automatico se observa (De Sanctis).

Como esta manifestação de pequeno mal se realisa sem acompanhamento de symptomas objectivos (mordeduras da lingua, emissão involuntaria de urina, queda, contusões), o doente póde viver na perpetua ignorancia da sua situação, se lhe não fôr denunciada pela *entourage* ou pela repetição de factos extranhos que se não sabe explicar, como no caso de uma cosinheira, cliente da minha consulta hospitalar, que, á força de partir louça inconscientemente, procedeu a averiguações sobre o seu estado.

Um outro substitutivo ou equivalente physico do ataque é a *execução automatica de actos* de qualquer natureza.

Umas vezes o doente, n'um dado momento, como se o surprehendesse um impulso cego e irresistivel, larga a correr sem intuito e sem consciencia, embora evitando obstaculos que encontre na linha recta que segue (epilepsia procursiva).

Outras vezes, são actos violentos ou criminosos, auto-mutilações, destruição d'objectos, mais vezes ferimentos ou homicidios, que o doente pratíca n'uma completa inconsciencia (epilepsia impulsiva).

Uma completa ou quasi completa *amnesia* succede a este automatismo comicial.

São ainda equivalentes physicos do grande ataque os *accessos periodicos de somno* e, na opinião de alguns psychiatras, as *emissões involuntarias de urina durante a noite*, sempre que se trate de adultos e se não observem signaes de uma crise convulsiva (mordedura da lingua, baba nos travesseiros, cama desfeita, echimoses, cephaleia matutina, sensação geral de fadiga, etc.). As crises de *fraqueza motora*, provocando quedas subitas e passageiras, sem perda de consciencia, e as *enxaquecas ophtalmicas* são tambem consideradas equivalentes physicos do grande ataque (Weigandt).

SYMPTOMAS PSYCHICOS. — Estudaremos successivamente os que pela sua permanencia constituem o que se chama *estado mental dos epilepticos* e os que, accessuaes ou criticos, formam os *equivalentes psychicos* do ataque ou as perturbações mentaes *pre* e *post-epilepticas*.

Estado mental ou caracter epileptico.—Quer como nota degenerativa de procedencia hereditaria, quer como effeito da diuturnidade da doença, todos os epilepticos offerecem desvios psychicos habituaes, cuja reunião lhes imprime um cunho privativo e inconfundivel. Mas não vêm do lado das funcções intellectuaes, como poderia suppôr-se, esses desvios caracteristicos; vêm do lado das funcções affectivas e activas.

Intellectualmente, o epileptico póde não differir do homem normal, e não differe com certeza de muitos outros psychopathas. A epilepsia não exclue o talento, nem o genio, como não exclue a mediocridade, nem a pobreza de es-

pirito. Ha epilepticos de superior capacidade intellectual, como ha epilepticos idiotas. Os que vivem fóra dos manicomios são, pela mediania dos seus talentos, *nos semblables et nos frères;* os hospitalisados são, de ordinario, debeis mentaes ou dementes, que se não distinguem d'outros de egual nome, seus companheiros e, todavia, não comiciaes.

E' pela affectividade e pelo caracter que os epilepticos se distanceiam profundamente, não só do homem normal, mas da grande maioria dos alienados, como o têm visto os observadores de todos os paizes.

Para dar uma ideia bem frisante do que seja o *estado mental* ou *caracter dos epilepticos*, nada poderemos fazer de melhor do que transcrever as palavras de alguns d'esses observadores.

«Fóra de toda a crise convulsa, os epilepticos são egoistas, desconfiados, sombrios, irritaveis e colericos. Um gesto, um simples olhar bastam muitas vezes para causar-lhes a mais penosa das impressões, para inflammar-lhes a colera. Desconfiados, questionadores, de commercio difficil, não estimam ninguem, queixam-se sem razão, disputam, fazem-se odiar. Os seus movimentos impetuosos não excluem nem a pusilanimidade nem a covardia; n'elles tudo é contradictorio: o mesmo homem que ha um instante nos despertou a attenção pelo seu humor frenetico, mau e rebelde, apresenta-se agora submisso, polido, lisongeiro, obsequioso e humilde, acercando-nos, apertando-nos a mão, collocando-se absolutamente ao nosso dispôr, fazendo-nos protestos de estima. A mobilidade das manifestações psychicas na epilepsia é tal que um doente ao meio dia alegre, affavel, demonstrativo, enthusiasta, applaudindo-se pelos seus actos, vangloriando-se pelos recursos do seu espirito e do seu coração, fazendo o elogio loquaz e exuberante da esposa, dos filhos e dos amigos, enumerando com bonhomia um sem numero de projectos, será talvez encontrado ás tres ou quatro horas

da tarde immerso na tristeza, no desespero, no *tedium vitæ.*» (Legrand du Saulle).

«O caracter dos epilepticos consiste n'uma extraordinaria irritabilidade morbida, que rapidamente se transforma em actos impulsivos. São individuos caprichosos, desconfiados, excitados contra si mesmos e contra os outros, turbulentos, maus visinhos, ora de uma alegria cuja causa muitas vezes ignoram, ora de uma depressão exagerada, agora humildes e com tendencias religiosas, logo orgulhosos, duros e maus.» (Schüle).

«O epileptico faz-se notar, de ordinario, por um caracter desegual e intermittente. Extremamente impressionavel e exquisito, torna-se facilmente impetuoso e colerico, pratíca actos sem reflexão e sem medir as consequencias que d'elles podem derivar. A's vezes conserva-se calmo e docil; estas qualidades, porém, são instaveis e á menor causa desapparecem, deixando surgir o verdadeiro caracter fundamental do individuo.» (Verga).

«A este proposito deve recordar-se uma emotividade anormal, um humor vesanico, variando entre os elementos de depressão psychica (morosidade, humor hypocondriaco com ou sem ideias fixas, apathia mental, irresolução, timidez levada até ao estado de anciedade em face das menores acções a praticar, mêdo, angustia), e de exaltação com augmento de vontade, com caracter violento, anomalo, original, obstinado nas proprias ideias, incapaz de lealdade e collocando os doentes na cathegoria dos tyrannos domesticos, dos mysanthropos e dos amigos infieis.»[1] (Krafft-Ebing).

«Nos epilepticos predominam todas as inclinações ao crime, sendo sobretudo notavel a irrascibilidade, que é a causa mais frequente dos attentados contra as pessoas.» (Lombroso).

«A irritabilidade constitue o traço dominante do caracter habitual dos epilepticos. Estes doentes são geralmente desconfiados, questionadores, dispostos á colera e

aos actos violentos pelos mais ligeiros motivos e ás vezes mesmo sem motivos apreciaveis. O que sobretudo se deve notar, a nosso vêr, no caracter como no estado intellectual dos epilepticos é a extrema variabilidade do seu humor ou das suas disposições moraes segundo os momentos em que se observam.» (J. Falret).

«A nota fundamental é dada pela impetuosidade do caracter, pela excitabilidade emocional. Os epilepticos têm sempre faceis a ira e a violencia, sendo energicos e muitas vezes sem escrupulo na acção. Irrequietos, voluveis, levam de ordinario uma vida agitada, que é uma série de aventuras em que se empenham sem reflexão. Nas opiniões religiosas e politicas são sempre excessivos: ferozes conservadores, revolucionarios violentos, proselytos fanaticos de velhas e novas religiões, sectarios sempre. E' raro que os seus actos obedeçam a tendencias altruistas; guiam-nos de ordinario fundamentaes instinctos de egoismo: avidez de dinheiro, desejos eroticos insaciaveis, desmedida ambição de poder. Por isso facilmente penetram na criminalidade: são epilepticos muitos ladrões, muitos assassinos e muitos estupradores» Tanzi.

Lombroso tentou a identificação do epileptico, do criminoso-nato e do louco moral, baseado n'um consideravel numero de caracteres communs aos tres grupos de degenerados.

Esses caracteres são, na ordem psychica: a *ausencia de senso moral*, que traduz uma suspensão parcial do desenvolvimento e que explica não só a criminalidade, mas a falta de remorso d'estes degenerados; a *excessiva vaidade*, que muitas vezes os conduz á revelação de actos delictuosos; a *impulsividade* e a *pusilanimidade*, alternando-se; a *preguiça* habitual, intermittentemente cortada por crises de actividade; as *tendencias eroticas* e *alcoolicas*, levando-os a actos de luxuria delictuosa e á frequentação de lupanares e de tabernas; a *tendencia associativa*, que profundamente os distingue de todos os outros alienados

e os conduz á fundação de sociedades secretas com intuitos criminaes; os *sentimentos vingativos;* emfim, uma *extrema religiosidade*, uma grande inclinação pelos actos do culto externo, levando-os á frequencia das egrejas, ao desfiar incessante de rosarios e á invocação dos santos e da Virgem nas arriscadas aventuras delictuosas.

A combinação d'estes caracteres n'um mesmo doente dá por vezes os effeitos mais inesperados e mais extravagantes; assim eu vi no braço de um epileptico uma tatuagem representando o Christo crucificado, com o pénis em erecção. Circumstancias alheias á minha vontade deploravelmente me impediram de fazer photographar este interessante documento da reunião da religiosidade com o erotismo n'um fundo de *hypoalgesia*, presupposto em toda a tatuagem.

E' claro que, considerando toda a possivel extensão do conceito da epilepsia, a identificação de Lombroso não é inteiramente acceitavel. Ha epilepticos em que o *estado mental* ou *caracter* se apresenta com uma feição relativamente benigna, traduzindo-se apenas por *irritabilidade* e *variabilidade de humor*. Logo veremos, occupando-nos das psychoses epilepticas, que não é tambem acceitavel a identificação que alguns psychiatras d'ellas fizeram com a loucura periodica em geral. E', porém, perfeitamente exacto que um grande numero de epilepticos são loucos moraes e criminosos instinctivos, como é indiscutivel que muitas psychoses intermittentes não passam de manifestações delirantes de uma epilepsia irreconhecida. Sejam, porém, quaes forem as limitações impostas pela clinica a estas syntheses theoricas, devemos reconhecer que ellas procedem de analogias reaes, embora excessivamente generalisadas, e denunciam approximações que só observadores geniaes são capazes de comprehender. Ensinam sempre, porque sempre desvendam uma parcella da verdade, estes arrojos dos homens superiores.

Se, como dissemos, todos os graus de intelligencia

são possiveis nos epilepticos, é seguro que a diuturnidade do mal implica um *enfraquecimento* das funcções perceptivas e da memoria. «A frequencia dos ataques e sobretudo a edade em que a epilepsia se manifesta têm sob este ponto de vista a maior importancia» (Tanzi); se nas fórmas *tardias* da nevrose a intelligencia soffre pouco, nas fórmas *precoces* e quando os ataques se repetem a pequenos intervallos póde estabelecer-se uma *demencia* consecutiva. Assim, todos os graus de deficit mental podem ser observados, desde o simples *retardo perceptivo* e o *empobrecimento da ideação* até aos estados de *incoherencia* e de *amnesia* contínua e profunda com symptomas de confusão secundaria, que caracterisam a *demencia completa*.

Equivalentes e symptomas psychicos pre e post-epilepticos. — Chamam-se *equivalentes psychicos* (Samt) os symptomas d'ordem mental que substituem os ataques convulsivos. A analogia entre os equivalentes e os phenomenos mentaes que em muitos casos immediatamente precedem as crises motoras ou lhes succedem, é completa. D'esta analogia e do facto bem averiguado de que os equivalentes e as convulsões alternam em certos casos clinicos se deduziu o indiscutivel caracter epileptico d'aquelles, *que são por vezes a unica manifestação da nevrose* (epilepsia psychica).

Ao passo que os equivalentes physicos (pequeno mal) são sempre de curta duração, os psychicos podem ser *breves* (pequeno mal intellectual) ou *prolongados* (grande mal intellectual). E esta divisão, que parece repousar exclusivamente sobre a duração dos accessos, corresponde na realidade, como Tanzi faz notar, a feições nosologicas diversas.

Entram no grupo dos equivalentes breves os *accessos de mau humor*, que vão de algumas horas a alguns dias, o maximo. Uma *irritação excessiva* domina os doentes,

que se queixam de todos e de tudo, vendo inimigos nos companheiros e no pessoal assistente. Em regra, sentem uma *cephaleia* violenta ou um sentimento de *oppressão* na cabeça e sensações visceraes muito penosas. N'estas condições podem suicidar-se ou dar a morte, n'um impeto de colera, a quem quer que seja. Estes accessos liquidam por um *somno profundo* e mais ou menos longo, de que os doentes acordam *amnesicos*.

No mesmo grupo entram os *accessos de automatismo*, consistindo na execução de actos perfeitamente coordenados, mas inconscientes. Estes accessos surgem muitas vezes durante a noite e o somno. O doente levanta-se, percorre a casa ou sáe para a rua, falla e procede como em vista de um fim a attingir; mas, ao readquirir a consciencia, ignora tudo o que se passou. São verdadeiras crises de *somnambulismo epileptico*.

Os equivalentes prolongados, outr'ora descriptos sob os nomes improprios de *mania epileptica*, de *furor epileptico* e outros, offerecem o quadro clinico da Confusão Mental n'uma das suas fórmas, delirante e estupida. O que opportunamente dissemos d'esta psychose e das suas variedades, dispensa-nos de uma especial descripção n'este logar. Recordaremos apenas, pela sua alta importancia medico-legal, que o estado da memoria relativamente ao que se passou durante os equivalentes prolongados é muito variavel: umas vezes ha *amnesia completa* ou *lacunar*, outras, *amnesia parcial* ou *crepuscular*, mais raramente, emfim, uma recordação, que se vae lentamente apagando até á extincção, como no estado normal succede relativamente a certos sonhos.

Evolução e prognostico. — E' extremamente variavel a marcha da epilepsia. Ha doentes em quem os accessos (motores, sensitivos, psychicos ou mixtos) são raros, outros em quem elles são frequentes; desde a cifra de dois ou tres ataques durante uma longa vida até á de muitos cada

dia, toda uma extensissima escala de numeros se desdobra.

A's vezes os ataques succedem-se ininterruptamente formando uma extensa série, durante a qual a temperatura se eleva a 40° ou 41° c., pondo em risco a vida do doente; é o *estado de mal*. Acabam n'esta situação a maior parte dos epilepticos nos manicomios.

A epilepsia póde iniciar-se precoce ou tardiamente. No primeiro caso (epilepsia infantil e dos adolescentes) ou coexiste com a *idiotia* em qualquer dos seus graus (epilepsia symptomatica dos cerebroplegicos), ou conduz muito rapidamente a uma *demencia completa;* no segundo, se as crises não são excessivamente repetidas, a nevrose conduz apenas a um enfraquecimento psychico ou *demencia incompleta.*

Mas, precoce ou tardia, a nevrose é sempre a determinante de accentuados phenomenos de deficit intellectual, se as crises são muito repetidas.

Sob o ponto de vista da decadencia psychica, a epilepsia abortiva (pequeno mal) parece ser mais nociva que a symptomatisada pelos ataques generalisados (grande mal).

A duração da *vida* é sempre *encurtada* pela epilepsia; e a cifra da *mortalidade* é *enorme* nos comiciaes, o que facilmente se comprehende, pensando no *estado de mal* e nos mil desastres a que se encontram expostos (afogamento, quedas de logares elevados, atropelamentos nas ruas, suicidio inconsciente, asphyxia no leito, etc.). De resto, se ha epilepticos robustos, a maioria é de creaturas congenitamente fracas, que as doenças intercorrentes dizimam.

Os *excessos sexuaes*, a *syphilis* e o *alcoolismo*, muito vulgares n'estes doentes, devotos de Venus e de Baccho, concorrem grandemente para a sua mortalidade.

Assim, póde dizer-se de um modo geral que o prognostico da epilepsia é *grave*. Não deve, todavia, esquecer-se que a gravidade é, cœteris paribus, maior ou menor, segundo o doente é ou deixa de ser submettido a tratamento.

Anatomia pathologica. — Na epilepsia symptomatica observam-se lesões macroscopicas, que são as das encephalopathias, n'outro logar descriptas.

Hyperplasia da nevroglia ao nivel do corno de Ammon (Meynert) e n'outros pontos do cerebro (Chaslin, Nissl); atrophia das cellulas cerebraes, diminuição das dendrites e degeneração do nucleolo; neurofibrilas granulares com pouca affinidade para os saes de prata (Agostini, Rossi); hypertrophia dos elementos pyramidaes (Marinesco) e alterações das fibras tangenciaes (Alzheimeer) e, nos casos tardios da nevrose, obliteração dos capillares, espessamento das paredes, gliose perivascular e degeneração calcarea dos vasos — taes são as *lesões microscopicas* mais vezes encontradas.

Nas epilepsias antigas têm sido observadas como *lesões macroscopicas:* espessamento das meningeas, anormal distribuição das circumvoluções e das scisuras, simplicidade e atrophia das circumvoluções, ependimite granulosa, hemorrhagias miliares diffusas e edema cerebral (Agostini).

Diagnostico. — Por facil que seja, na grande maioria dos casos, o diagnostico da epilepsia póde ás vezes offerecer sérias difficuldades, relativas quer ao ataque convulsivo, quer ás crises psychicas.

Pelo que respeita ao ataque, importa differencial-o da crise hysterica. Recordemos que o ataque epileptico se caracterisa typicamente por *pallidez inicial*, por uma *perda completa de consciencia*, por uma *queda brusca* e sempre realisada no *mesmo sentido*, por *mordedura da lingua*, por *mydriase e rigidez pupillar*, por um *estado asphyxico*, pela *curta duração*, por um periodo final de *coma* e por *excreções involuntarias*. No accesso hysterico, a perda de consciencia não é tão completa, a queda não é subita, mas quasi prudente (Tanzi), não ha a pallidez inicial, não ha asphyxia, e a duração é mais longa. Quando

existem, as *auras* são na epilepsia *mais instantaneas e precisas* que na hysteria. A despeito de todos estes meios de differenciação, o exacto diagnostico póde ser difficil e exigir um minucioso estudo de toda a symptomatologia, somatica e psychica. O exame das urinas post-criticas é de uma altissima importancia no diagnostico differencial, como vimos a proposito da hysteria.

O ataque epileptico póde facilmente confundir-se com as convulsões da uremia, dos tumores cerebraes, da paralysia geral, do alcoolismo. Symptomaticamente, nada distingue os ataques epilepticos dos ***epileptoides***. Para formular um diagnostico seguro é necessario, pois, proceder por exclusão (Tanzi), eliminando n'um determinado caso, todos os phenomenos proprios das doenças de que os ataques epileptiformes constituem um dos syndromas.

Pelo que respeita ás manifestações psychicas, sobretudo se ellas são desacompanhadas de convulsões, de que formam os equivalentes, a confusão d'ellas com a amencia é inevitavel; o grande mal intellectual, não é, com effeito, senão uma fórma da amencia. Assim, para se reconhecer que esta é, n'um dado caso, a expressão syndromica da epilepsia, torna-se necessario recorrer aos anamnesticos; só estes nos dirão se o estado psychico observado é accessual e se o doente offerece fóra das crises o modo de vêr que estudámos sob a designação de *estado mental* ou *caracter epileptico*.

Tratamento. — E' *prophylatico* e *curativo*.

O primeiro consiste em remover as causas averiguadas da epilepsia, não por medidas legislativas illusorias, mas pela propaganda dos medicos junto dos seus clientes. De que serviria impedir a união legal de epilepticos, de alcoolicos, de nevropathas, de velhos ou de parentes, por exemplo, se são tão productivas como as legitimas as uniões clandestinas? Só uma convicção profunda é capaz

de regular efficazmente a conducta humana; e essa convicção, na hypothese, só o medico póde incutil-a.

O tratamento curativo é, na grande maioria dos casos, symptomatico.

Um tratamento causal é possivel nas *epilepsias traumaticas;* então, póde ser e tem sido muitas vezes efficaz uma trepanação, que, permittindo extrahir esquirolas osseas cravadas no cerebro, annulla uma excitação permanente. Em todo o caso, para que o resultado se obtenha com segurança é preciso intervir precocemente, antes que o habito convulsivo se estabeleça. Nos casos em que a um traumatismo craneano succede uma epilepsia jacksoniana, a intervenção operatoria é um dever indeclinavel.

O tratamento causal é tambem possivel nas *epilepsias reflexas*, quando se conhece ou suspeita a determinante das convulsões, (vermes intestinaes, cicatrisações viciosas, que são ponto de partida de auras sensitivas).

Nas *epilepsias de origem toxica* é ainda possivel um tratamento causal, consistindo quer em combater a doença determinada pelo veneno, como no alcoolismo, por exemplo, quer simplesmente em supprimir o agente perturbador (acido carbonico, oxydo de carbone, etc.),

Fóra d'estes casos muito limitados, o tratamento é symptomatico, produzindo mais vezes uma attenuação da doença que uma cura definitiva em que possamos confiar.

O que dissemos sobre as auto-intoxicações que acompanham as crises de epilepsia, permitte comprehender a alta importancia do *regime dietetico* e do emprego de todos os meios de *desinfecção* no tratamento.

A dieta deve ser mixta e variada, com *predominio do leite* e completa *exclusão de toda a sorte de bebidas alcoolicas* (Kraepelin).

O regime hypochloretado que Richet e Toulouse preconisaram nos ultimos annos, tem defensores e detractores; pela nossa parte, observamos que os epilepticos o não supportam. Esse regime, que consiste em tomar alimentos

cosinhados sem sal ou com um minimo d'este condimento, conduz ao fim de pouco tempo a um estado de intoleravel fraqueza e tem, por isso, de ser abandonado. Entretanto, a diminuição temporaria do sal no começo do tratamento e quando os ataques são muito frequentes póde tentar-se com um certo resultado.

As *lavagens do estomago e dos intestinos*, o uso de *purgantes ligeiros*, o emprego dos *diureticos* e o uso frequente de *banhos* de modo a manter a pelle em condições de um bom funccionamento, são meios a adoptar sem reserva.

Subtraír quanto possivel os doentes a toda a sorte de *excitantes*, physicos e moraes, é um preceito de hygiene que não deve esquecer-se. N'este sentido, a residencia n'uma *atmosphera maritima*, a frequentação de *theatros*, de *caffés* e de *clubs*, a vida tumultuosa dos *negocios* e da *politica*, as *viagens* e os *jogos* estão contra-indicados. Os successos obtidos em certos sanatorios não procedem senão da observancia rigorosa de uma hygiene physica e moral, que os doentes não sabem de ordinario manter na vida livre.

Dos medicamentos directamente dirigidos contra a nevrose, os mais valiosos são os brometos de potassio, de sodio e de ammonio associados. Mas para que a medicação bromada dê os resultados que d'ella é licito esperar, sobretudo nos casos recentes ou, pelo menos, não muito antigos, é preciso que a *dóse sufficiente*, variavel de epileptico para epileptico, seja attingida e pacientemente conservada (Gilles de La Tourette).

Por dóse sufficiente entende-se a que attenua a hyperexcitabilidade epileptica de modo a determinar a diminuição sensivel dos accidentes sem perturbar o estado geral e sem produzir complicações. Ora, o reconhecimento de que esta dóse foi attingida, faz-se examinando cuidadosamente o epileptico no periodo inicial do tratamento. Se sobrevêm symptomas de intoxicação bromica, a dóse

foi excedida, a menos que se trate de um caso de intolerancia; se não se obteve do lado das pupillas um estado de dilatação permanente com reacção morosa á luz e á accommodação, a dóse não foi attingida (La Tourette).

Quando a dóse do brometo é fraca relativamente á tolerancia do doente, as suas pupillas conservam-se normaes quer sob o ponto de vista da dilatação, quer dos reflexos luminoso e de accommodação. Se a dóse se eleva progressivamente, um momento chega em que as pupillas se dilatam e reagem preguiçosamente á accommodação e á luz. Se a dóse se eleva ainda, ellas attingem a maxima largura e deixam de reagir. E' a obtenção do estado médio (dilatação permanente com lentidão reflexa) que indica ter-se chegado á dóse sufficiente.

Gilles de La Tourette empregava a formula

Brometo de potassio		40 grammas
— — sodio		
— — ammonio	ãa . . .	12 —
Benzoato — soda		
Agua fervida ou distillada . . .		1000 —

em que 15 gr. correspondem a 1 gr. de brometos associados; e procedia, como Charcot, por dóses progressivamente crescentes e decrescentes em periodos de tres semanas. Assim, dando, por exemplo, 3 gr. em cada dia da 1.ª semana, dava 4 em cada dia da 2.ª e 5 em cada dia da 3.ª; depois, na 4.ª semana voltava á dóse primitiva de 3, na 5.ª á dóse de 4 e na 6.ª á dóse de 5, e assim successivamente. Tomando-se o medicamento por colheres, é necessario que ellas contenham precisamente 15 gr. O benzoato de soda figura n'esta formula a titulo de desinfectante.

Não se attinge a dóse sufficiente senão por ensaios. Quanto á dóse, por que deve, em regra, começar-se, importa considerar sobretudo a edade do doente: as creanças supportam bem a dóse inicial de 2 gr. e os adolescentes

a de 3 gr. A maxima regularidade deverá presidir ao horario das dóses, que convém tornar inalteravel. *O tratamento não deve ser interrompido nas epochas menstruaes.* Gilles de La Tourette só passado um anno sobre a ultima crise consentia em proceder a uma forte diminuição das dóses.

Quando, como por vezes acontece, o brometo de potassio é mal tolerado pelos doentes, a sua substituição pelo de *stroncio* póde fazer-se com vantagem.

As *duchas frias* constituem um poderoso adjuvante da cura bromica.

A *atropina* e a *antipyrina* têm sido empregadas com vantagem no tratamento da epilepsia vertiginosa.

No *estado de mal* importa usar em doses elevadas os brometos combinados com o *hydrato de chloral*, em enemas.

Para evitar as contusões e cicatrizes deformantes produzidas pelas quedas dos epilepticos, adopta-se em alguns manicomios o emprego de *bonets* lateralmente revestidos de um chumaço consistente ou ainda, como em Bicêtre, de uma sorte de corôa capitonada.

Nada obsta a que este uso se generalise nas familias.

CAPITULO VII

DEMENCIA PRECOCE

Vesania (Kahlbaum): catatonia; hebephrenia (Hecker) loucura juvenil (Aschaffenburg); demencia primitiva juvenil (Morselli)

Definição e variedades.— E' uma psychose constitucional caracterisada por uma desaggregação das funcções affectivomotoras e intellectuaes, sobrevindo, em regra, na adolescencia ou na juventude e tendo por termo, para o qual caminha atravez de episodios allucinatorios e deliran-tes, uma irreparavel fallencia mental.

A designação d'esta psychose não é das mais felizes e tem sido objecto de numerosas criticas. Disse-se que o termo *demencia* é improprio, porque ha casos terminados pela cura, d'onde o paradoxo de uma *demencia sem demencia* (Serbsky); disse-se ainda que o qualificativo *precoce* é inadequado, porque a doença, comquanto as mais das vezes se inicie entre os 15 e 20 annos, póde irromper depois dos 30, d'onde a contradicção de uma *precocidade* morbida *na edade adulta*.

O primeiro d'estes reparos perde muito do seu valor, notando-se que as curas são antes *remissões* estaveis do que verdadeiros retornos ao estado normal; na realidade, os dementes precoces liquidam, na melhor das hypotheses, por uma inferioridade relativamente ao que foram e sobretudo ao que a evolução anterior da sua mentalidade permittia esperar. Fallando dos casos de cura, Weigandt

escreve: «... N'elles póde o medico descobrir ainda vestigios da grave affecção, sob a fórma de tics isolados, de ligeira apathia, ou de exagero dos reflexos tendinosos. Além d'isso, a frescura e integridade anteriores do espirito não são nunca inteiramente recuperadas. Mesmo nos casos mais favoraveis os individuos perdem um pouco do seu valor e da sua posição social: o antigo mecanico faz-se serralheiro e o estudante copista. Accrescentemos que são sempre para receiar as recidivas».

Por outro lado, o termo *precoce* indica menos a edade prematura em que a doença irrompe na maioria dos casos do que a rapidez com que de ordinario ella conduz á ruina mental (Kraepelin).

De resto, o uso consagrou o nome, de sorte que a sua acceitação se impõe aos mesmos que o consideram pouco feliz (Tanzi, Régis); tudo quanto ha a fazer, é pois procurar, pela determinação da psychose que elle designa, estabelecer o seu exacto significado.

N'este sentido um curto resumo historico da evolução, já longa, do conceito de demencia precoce affigura-se-nos tanto mais elucidativo e necessario quanto é certo que os limites e a pathogenia da doença não foram ainda univocamente estabelecidos.

Morel (1851-53) foi o primeiro a descrever *d'après nature* uma particular decadencia mental, propria dos predispostos hereditarios, sobrevindo na puberdade, fazendo-se por phases alternantes de agitação e de torpor, coexistindo com alterações profundas do sentimento, exteriorisando-se, emfim, por actos extranhos e attitudes insolitas. A esta decadencia, que ás vezes *se observa em irmãos*, deu Morel o nome de *demencia precoce*.

Mas este conceito nosologico teve em França destino identico ao da confusão mental: foi esquecido. E tão inteiramente o foi, seja dito de passagem e um pouco em desabono da erudição franceza, que, ao voltar nos ultimos annos, um pouco alargado, ao paiz de origem, pareceu

uma novidade allemã; o proprio nome não foi reconhecido, suppondo-se uma invenção de Kraepelin.

Para este esquecimento contribuiu seguramente o proprio Morel que, a partir de 1860, não fallou mais da demencia precoce como figura autonoma, alludindo sempre aos seus casos como a manifestações syndromicas da degenerescencia hereditaria. E n'este sentido caminharam notaveis alienistas francezes, nomeadamente Magnan e os seus discipulos.

Na Allemanha foi Hecker (1871) quem primeiro descreveu sob o nome de *hebephrenia* uma psychose que irrompe na adolescencia, que passa irregularmente por phases maniacas, melancolicas, confusionaes e termina pela demencia, offerecendo em toda a sua evolução um caracter de extranheza, de frivolidade e de mystificação.

A seguir, Kahlbaum (1874) descreveu com o nome de *catatonia* e como doença autonoma uma affecção cerebral de marcha cyclica, revestindo sucessivamente os caracteres clinicos da mania, da melancolia e da estupidez, terminando pela demencia e offerecendo durante a sua evolução symptomas de espasticidade.

Kahlbaum comparou esta psychopathia, no ponto de vista do seu valor nosologico, á paralysia geral, doença em que tambem sobre um fundo demencial constante evolucionam os mais variados delirios e se observam symptomas motores de paresia.

Mas o conceito de hebephrenia de Hecker teve na Allemanha o mesmo insuccesso que na França o da demencia precoce de Morel, e por identicos motivos: combatida por Krafft-Ebing, Schüle e outros psychiatras de renome, a hebephrenia foi considerada uma banal modalidade da degenerescencia, um accidente apenas, em que o processo da puberdade não representava um papel etiologico, da vida dos psychopathas hereditarios.

O conceito de catatonia, de Kahlbaum, não teve desde logo melhor exito que o da hebephrenia, de Hecker. A ideia

de comparar a catatonia á demencia paralytica foi julgada excessiva, e a pretendida doença de Kahlbaum passou a considerar-se um mero syndroma de variadas affecções mentaes. Assim, o nome ficou, mas a entidade morbida desappareceu.

Entretanto os trabalhos de Hecker e de Kahlbaum, apoiados n'uma extensa casuistica, não esqueceram de todo, succedendo que vinte annos depois sobre elles começaram a incidir de novo as attenções de observadores de todos os paizes, excepção feita da França, onde o conceito synthetico da degenerescencia abafou até muito recentemente todas as tentativas de especificação nosologica no dominio das psychoses constitucionaes. Ora, d'esta revisão do assumpto resultou que analogias intimas foram encontradas entre a hebephrenia e a catatonia, ligando-se os dois syndromas na constituição de uma psychose autonoma a que foi dado o nome de *loucura juvenil*, ou *demencia primitiva juvenil* (Aschaffenburg, Arndt, Morselli).

Os traços de união notados entre as duas fórmas foram: a emergencia na segunda edade, a dissociação psychica, a inercia, a indifferença affectiva, o polymorphismo das ideias delirantes e a terminação mais ou menos rapida pela demencia. Os symptomas de espasticidade, particularmente caracteristicos da catatonia, não invalidaram estas fundamentaes analogias, sobretudo desde que os observadores constataram a alternancia das duas fórmas, hebephrenia e catatonia, no mesmo doente.

A partir de 1889 o conceito da *demencia primitiva juvenil* consolidou-se, em toda a parte; na propria França os excellentes trabalhos de Christian, de Séglas e de Sérieux lhe deram direitos de cidade.

Mas o conceito de *demencia juvenil*, inteiramente analogo ao da *demencia precoce de Morel*, não é ainda o da *demencia precoce de Kraepelin*, muito mais extenso, como vamos vêr, e tambem mais discutivel.

A *demencia juvenil*, feita pela fusão da hebephrenia de

Hecker e da catatonia de Kahlbaum, corresponde inteiramente á *demencia precoce de Morel*, em que, como foi dito, entravam todos os casos de psychose prematura, constitucional, terminando pela demencia, com passagem pelo deliro, e acompanhando-se frequentemente de symptomas psychomotores, que hoje chamamos *negativismo*, *suggestibilidade*, *catalepsia* e *estereotypia*.

Mas este conceito clinicamente inabalavel, não corresponde precisamente ao da *demencia precoce de Kraepelin*. De facto, o celebre professor de Munich formou esta nova figura nosologica incorporando na demencia juvenil (hebephrenia-catatonia) os *delirios paranoides* ou delirios systematisados, que destacou da Paranoia quando um exame d'esta entidade morbida lhe mostrou que ella era vaga, imprecisa e demasiadamente extensa. Então (1889), reduzindo-a aos delirios não allucinatorios de interpretação, de que o processivo é o typo, aggregou á demencia precoce, sob o nome de paranoides, todos os delirios systematisados que se acompanham de erros sensoriaes e d'elles até certo ponto se alimentam; o proprio *delirio chronico* de Magnan, de tão lenta preparação, tão systematisado, tão progressivo e de marcha tão demorada, passou da paranoia á demencia precoce, sob pretexto de que a sua phase terminal é um estado de enfraquecimento psychico.

Assim, como se vê, Kraepelin alargou os limites da demencia precoce na medida em que estreitou os da paranoia.

O que resta saber, é se, *enriquecendo* com a annexação da variedade paranoide a demencia precoce, elle a não *deformou* fazendo de uma psychose clinicamente bem definida uma figura nosologica tão vaga como essa infeliz Paranoia dos seus antecessores allemães, em que delirios chronicos e agudos, systematisados e dissociados se misturavam anarchicamente.

Por nossa parte, crêmos bem que assim tenha succedido.

Ao passo que a Paranoia representada nas velhas estatisticas manicomiaes pela cifra de 80 °/₀ dos casos em tratamento, desceu a 1, a Demencia Precoce, que se representava, emquanto demencia juvenil, por 25 °/₀, subiu com os sectarios orthodoxos de Kraepelin a 60 °/₀. Sem constituir um forte argumento contra a extensão kraepelineana do conceito de demencia precoce, a constatação d'este facto tem todavia alguma coisa de inquietante, porque sempre as grandes percentagens de uma entidade nosologica reflectem a sua indeterminação clinica, como a historia o demonstra.

Emquanto loucura juvenil ou equivalente da hebephrenia-catatonia, a demencia precoce é uma psychose *climaterica;* acceite o remanuseamento extensivo do professor allemão, ella passa a ser uma psychose a que nenhuma edade se furta, pois que grande numero de delirios paranoides surgem na edade madura ou mesmo na menopause. Ora este facto não é sem importancia, porque negar á doença o caracter climaterico equivale a despojal-a de uma das suas mais apparentes feições.

Consideremos ainda que alguns dos delirios systematisados que Kraepelin chama paranoides, têm uma tão longa evolução que só ao fim de 15, 20 ou mais annos, como temos observado, acabam por uma demencia incompleta, a respeito da qual é legitimo perguntar se constitue uma phase integrante da doença ou um mero resultado dos progressos da edade. Onde está n'estes casos a precocidade da demencia?

Por ultimo notamos que a systematisação de alguns dos delirios chamados paranoides exclue a ideia de uma inicial invalidade de espirito, que é a caracteristica indiscutivel da demencia precoce.

Assim, sem querermos de modo nenhum contestar que um certo numero de delirios persecutorios, hypocondriacos, ambiciosos, mysticos, eroticos e outros devem ser destacados da paranoia e chamados á esphera da demencia

paranoide, achamos que não deve reservar-se essa sorte, como Kraepelin pretende, a todos os que se acompanham de frequentes allucinações; ao contrario, pensamos, como Séglas, que da paranoia se devem apenas destacar para a variedade paranoide da demencia precoce os que surgem *d'emblée* ou sem preparação, que se apoiam sobre iniciaes estados allucinatorios e que na nomenclatura da escóla de Magnan têm o nome de *delirios polymorphicos*. N'elles a systematisação é mais apparente do que real, porque vem mais da repetição incessante das mesmas ideias que da sua associação logica; de resto, esses delirios não dominam inflexivelmente a conducta dos doentes e levam depressa a uma decadencia psychica mais ou menos accentuada. Que se annexem estes delirios, quasi sempre juvenis, de base sensorial, dissociados da conducta e promptamente liquidaveis por estados de deficit psychico á demencia precoce, formando com os casos em que elles são o syndroma preponderante uma das variedades d'esta psychose, nada mais legitimo. Trazer, porém, da paranoia para a demencia precoce todos os delirantes systematisados que têm allucinações habituaes (perseguidos de Lasègue, perseguidos-megalomanos de Foville e delirantes chronicos de Magnan), sob pretexto de que cêdo ou tarde elles acabam pela demencia, parece-nos excessivo. Em face de uma synthese nosologica d'esta ordem, ao nosso espirito occorre perguntar se Kraepelin não fez da demencia precoce o que os seus predecessores, que elle justamente criticou e pretendeu corrigir, tinham feito da paranoia: uma confusa e incomprehensivel amalgama de typos morbidos inconciliaveis. Quando nos occuparmos da paranoia diremos quaes os delirios systematisados que, a nosso vêr, n'ella merecem ser conservados e os que, sob a designação feliz de paranoides, d'ella devem ser destacados para se annexarem á demencia precoce.

Por agora, encerrando esta curta digressão historica, limitar-nos-hemos a reconhecer á psychose em estudo uma

variedade hebephrenica, uma variedade catatonica e uma variedade paranoide, muito menos extensa todavia que a de Kraepelin, pois n'ella não entram senão os delirios desconnexos e de frouxa systematisação.

Estas variedades succedem-se muitas vezes no mesmo doente.

Etiologia. — Psychose *climaterica*, porque os primeiros symptomas se revelam na *adolescencia* ou na *juventude*, coincidindo com o periodo ascendente mais ou menos longo, segundo os individuos, da evolução sexual, a demencia precoce está para a segunda edade como a idiotia para a infancia, a demencia paralytica para a edade madura e a demencia senil para a velhice (Sérieux, Régis, Agostini).

Psychose constitucional, ella reconhece como preponderante causa predisponente a *hereditariedade* (neuro, psychopathica e toxico-infecciosa); d'aqui o caracter *familial*, que não raro apresenta (Agostini, Tanzi, Weigandt).

Como causas occasionaes têm sido invocadas os *traumatismos* physicos e moraes, o *surmenage* escolar, o *onanismo* (Kahlbaum e Hecker) e, sobretudo, uma intoxicação, que sería de origem complexa (Régis, Sérieux), ou de origem gastro-intestinal (Dide), ou de origem sexual (Kraepelin). Agostini observa que esta origem sexual da intoxicação determinante da demencia precoce se concilia mal com os casos *tardios* da sua variedade paranoide, tal como Kraepelin a concebeu. «Não se comprehende, escreve, porque a alteração secretoria das glandulas sexuaes, não tendo feito sentir a sua influencia no periodo procelloso da puberdade, vem subitamente arruinar a intelligencia já consolidada de um homem no periodo mais vigoroso da vida, entre os 30 e os 50 annos». A observação parece-nos justa; e ella é ainda um argumento contra a extensão excessiva que Kraepelin deu ao conceito da demencia

precoce pela inclusão na sua variedade paranoide, de delirios systematisados da edade adulta.

Symptomatologia. — O que essencialmente caracterisa a demencia precoce é um sensivel desequilibrio entre o estado das funcções intellectuaes e o das funcções affectivas e voluntarias; emquanto, com effeito, o nivel das primeiras se conserva relativamente elevado por um tempo mais ou menos longo, a fallencia das segundas é um facto inicial.

Ao passo que nas demencias globaes a queda da psychicidade se faz em massa, e nas demencias incompletas a ruina começa pela intelligencia, sendo a amnesia e a deficiencia da attenção os primeiros symptomas observados, na demencia precoce a memoria e o poder de assimilar as impressões ambientes só tardiamente se encontram compromettidos. O demente precoce, ao contrario do paralytico, do apoplectico ou do senil póde conservar durante longo tempo e sem deficit sensivel as noções adquiridas, embora por falta de attenção voluntaria ou activa não possa obter novos conhecimentos; e póde tambem dispôr duradouramente, ao contrario d'aquelles, de uma intensa attenção passiva ou expontanea, graças á qual recolhe e fixa os mais pequenos incidentes do meio: a mudança de *toilette* do medico, a substituição de um empregado subalterno da enfermaria, o tic facial de um companheiro, a alteração de um horario, a acquisição de um movel. Quando mesmo nós o imaginamos mais alheio ao meio ambiente, mais distrahido das coisas que o cercam, o demente precoce registra possivelmente minuciosas occorrencias, no que se distingue não só dos outros dementes, mas dos confusos, impenetraveis ás impressões externas. Por vezes, uma phrase de espirito vem mesmo revelar-nos, no fim de muito tempo de doença, que a elaboração intellectual e o poder de critica se não extinguiram na demencia precoce.

Mas a *anesthesia affectiva* é desde o começo manifesta n'estes doentes.

Nada mais surprehendente que a sua indifferença pelos parentes e pelos amigos, pelos successos alegres ou tristes de vida familial; e esta situação affectiva, que muitas vezes contrasta singularmente com o modo de ser anterior dos dementes precoces, explica porque elles acceitam sem protesto o isolamento e a elle se adaptam com facilidade. As cartas dos paes ou dos irmãos são lidas friamente, rasgadas depois, ou mesmo, como n'um caso da minha observação, guardadas intactas n'um bolso ou n'uma gaveta por tempo indefinido. As visitas da familia e dos amigos tambem os não emocionam, sendo vulgar que em face das mais carinhosas perguntas e das injuncções mais instantes se mantenham n'um obstinado mutismo ou divaguem incoherentemente, riam sem proposito ou se entreguem a actos desordenados. A's vezes, como n'uma hebephrenica do meu serviço, a insistencia com que, á visita do medico, estes doentes fallam no regresso a casa e nas pessoas de familia, póde induzir ao erro de se acreditar em manifestações affectivas não existentes. A prova da indifferença real d'estes doentes está na sua conducta. A hebephrenica a quem acabo de referir-me, só muito instada e ao fim de sete mezes de separação, escreveu duas linhas á mãe; e a resposta, que se não fez esperar, rasgou-a desdenhosamente, allegando que a carta, *de que conheceu a letra e a procedencia*, era apocrypha. Para explicar-me a frieza com que recebeu uma vez pessoas de familia e a impassibilidade com que d'ellas se separou, a mesma hebephrenica disse-me que aquella gente, *que ella aliás reconheceu, e nomeou desde logo*, lhe era de todo extranha. Como logo veremos, muitas das affirmações d'estes doentes não passam de grosseiras *mystificações* (Kahlbaum); d'aqui, a necessidade de julgar o seu estado affectivo, não pelo que dizem, mas pelo que fazem.

Os sentimentos de *conveniencia* e de *pudôr* extinguem-

se tão prematuramente como os de familia. As obscenidades, os gestos lubricos e a exhibição da sexualidade são frequentes, mesmo nas raparigas da mais austera educação.

Mas, se é manifesta a *fallencia* do sentimento, não o é menos a da *vontade*.

A substituição dos actos reflectidos e psychologicamente determinados por um cego automatismo, é mesmo, talvez, o que melhor e mais inteiramente caracterisa a demencia precoce. Ao passo que nas outras fórmas de alienação mental, observa Tanzi, a conducta dos doentes é um resultado de perturbações affectivas, de ideias delirantes, de allucinações, de amnesias, de obnubilações da consciencia ou de pobreza intellectual, na demencia precoce ella é *immotivada*, sem base psychologica, representando uma *descontinuidade systematica entre o pensamento e a acção*. A conducta dos outros alienados é mais ou menos susceptivel de previsão, porque obedece a um determinismo psychologico; a dos dementes precoces não o é, porque não resulta de *motivos*, mas de estimulos organicos. «Só pela demencia precoce, escreve o notavel professor de Florença, se explicam as fugas sem intuito, os suicidios sem desespero, as aggressões sem colera, as calumnias sem odio, o riso sem hilaridade, o chôro sem dôr, as furias sem irritação, os gritos sem mêdo.»

A bancarrota da vontade é um facto desde todo o principio evidente nos dementes precoces. Dissociados, o centro O e os centros polygonaes trabalham independentemente, de sorte que os actos dos doentes só por excepção concordam com o pensamento.

Como manifestações da fallencia da vontade surgem, além de uma sensivel *falta de attenção activa*, os symptomas de *negativismo*, de *suggestibilidade*, de *catatonia*, de *estereotypia*, de *maneirismo* e de *impulsividade*, que definimos na primeira parte d'este livro (Vid. pag. 89).

A falta de attenção voluntaria, que por muito tempo

coexiste na demencia precoce com a presença de uma normal attenção expontanea, explica não só porque é impossivel a acquisição de conhecimentos novos, mas porque não são utilisados os adquiridos antes da invasão da doença. Os dementes precoces não aprendem e não tiram partido do que sabem; o seu *stock* scientifico, litterario ou artistico, não o enriquecem e não o movimentam.

O negativismo offerece proporções variaveis. Ha um *grande negativismo*, mercê do qual o doente não só se oppõe a toda a sorte de sollicitações exteriores, mas resiste mesmo ás sollicitações internas mais instantes, não bebendo, não tomando alimentos e retendo a saliva, a urina, as materias fecaes; e ha um *pequeno negativismo*, sorte de espirito de contradicção que leva apenas os doentes a affirmarem opiniões contrarias ás do interlocutor.

Como o negativimo, a suggestibilidade tem graus intensivos. Ha uma *grande suggestibilidade* ou *catalepsia*, traduzindo uma absoluta inercia e que conduz os doentes a manter indefinidamente as posições que se lhes imprimem; e ha uma *pequena suggestibilidade* ou *tendencia imitativa*, levando os doentes á repetição das palavras ouvidas (echolalia) ou á copia dos gestos (echopraxia), dos movimentos (echokynese) e das expressões (echomimia) das pessoa que observam.

A espasticidade muscular dá ainda, segundo o seu grau, uma *grande catatonia*, que se traduz pela immobilidade estatuaria, e uma *pequena catatonia*, que abrange as estereotypias e o maneirismo.

As estereotypias de attitudes ou *akyneticas* implicam a conservação de posições bizarras, extravagantes, de partes limitadas do corpo: a cabeça, um braço, um pé, um dedo, os labios, por exemplo. As de movimento ou *parakyneticas* implicam a repetição exacta de certos actos: a marcha, os gestos, a expressão physionomica, a linguagem. Muitas paginas não bastariam para mencionar as estereotypias akyneticas e parakyneticas dos catatonicos.

que podem passar por *simuladores*. Adiante consagraremos algumas palavras ás mais vulgares.

O maneirismo ou affectação no fallar, no cumprimentar, no escrever, é um symptoma dos mais vulgares. O doente pronuncia as palavras truncadas, altera-lhes o accento tonico, falla com os dentes cerrados ou dá á voz intonações theatraes, cumprimenta, dobrando-se exageradamente, arqueando os braços, levantando alto o chapeu, estendendo um só dedo ou a mão inerte. Escrevendo, emprega uma ortographia privativa, absurda, usa de symbolos incomprehensiveis, adopta uma calligraphia extranha. E' sobretudo pelo maneirismo que os dementes precoces dão a impressão de *mystificadores*.

A impulsividade é um phenomeno que não falta n'um qualquer dos periodos evolutivos da demencia precoce. Os actos, impulsivos e quasi sempre inexplicaveis por uma ideia delirante ou por uma allucinação, são umas vezes indifferentes ou apenas grottescos e extranhos, outras vezes aggressivos e mesmo delictuosos. Quaesquer que elles sejam, porém, caracterisa-os a *instantaneidade*. Estamos longe aqui dos actos impulsivos que resultam de obsessões, que surgem após uma lucta angustiosa do Eu contra a ideia fixa, tyrannisante, e cuja execução é seguida de uma *détente*, de um allivio. Esses actos, que Magnan admiravelmente estudou como um dos *syndromas episodicos dos degenerados hereditarios* e que descrevemos a proposito da neurasthenia constitucional, têm uma preparação e um determinismo psychologico; os actos impulsivos dos dementes precoces não têm uma coisa, nem outra, mas são effeitos bruscos e imprevistos de estimulos inconscientes.

D'estes actos impulsivos merecem especial consignação, pela sua frequencia, as *automutilações*, as *fugas*, o *chôro*, o *riso* e a *verbigeração*.

As automutilações passam erradamente, na *entourage* dos doentes, por tentativas de suicidio; na realidade, são

actos inexplicaveis e que nenhum estado ideativo ou emocional provoca, porque não têm por traz d'elles uma obsessão ou uma dôr moral. Uma hebephrenica do meu serviço, tendo dado alguns golpes n'um braço, entrou n'uma crise incoercivel de riso ao vêr gottejar o sangue. Um catatonico, sahindo bruscamente do seu habitual estado de estupor, bateu violentamente com a cabeça n'uma parede, recahindo logo a seguir na immobilidade anterior, sem um queixume, sem uma palavra.

São egualmente immotivadas e instantaneas as *fugas* dos dementes precoces. Os doentes são incapazes de as explicar; quando muito, assediados de perguntas, dizem, por exemplo, que foram explorar caminhos ou alargar as botas (Agostini). Nenhuma preparação, nenhum intuito, nenhum plano n'estas fugas, que por vezes têm uma alta importancia no ponto de vista medico-legal (Weigandt), como no serviço militar, em que tomám os nomes de *abandono de posto* e *deserção*.

Régis põe em relêvo os caracteres que distinguem as fugas d'estes doentes das fugas dos epilepticos, dos hystericos e dos obsessivos. As fugas epileptica e hysterica são tambem immotivadas; mas são inconscientes e seguidas de amnesia; as fugas dos obsessivos são conscientes como as dos dementes precoces, mas motivadas, porque resultam da pressão de uma ideia fixa; as fugas dos dementes precoces, sempre conscientes, não são todavia motivadas ou susceptiveis de explicação, porque resultam de uma origem subconsciente e têm, portanto, um caracter *demencial*, que falta ás outras.

O chôro e o riso não constituem na demencia precoce signaes de tristeza e de alegria ou de dôr e de hilaridade; são movimentos immotivados e incoerciveis a que não corresponde um estado mental. E' vulgar que uma crise de chôro seja cortada por uma de riso ou que o contrario succeda; de resto, chôro e riso surgem por vezes em manifesta contradicção com as condições exteriores.

A palavra, fallada ou escripta, é, na sua qualidade de acto, susceptivel de anomalias impulsivas: tal é a *verbigeração* ou fluxo incoherente, immotivado e explosivo de vocabulos. Um doente sáe abruptamente do seu mutismo para proferir uma série desconnexa de palavras, feito o que, recáe no silencio; um outro, entre palavras coherentes com que está respondendo ás perguntas que se lhe fazem, introduz a meia voz, repetindo-as, palavras que se não relacionam com o assumpto e que não têm sentido.

Régis faz notar que nem sempre os actos e expressões dos dementes precoces são inteiramente immotivadas, e, por minha parte, affirmei no Congresso Internacional de 1906 que sería exagerado dar um caracter absoluto ao principio da descontinuidade entre a acção e o pensamento ou do indeterminismo psychologico. Como o illustre professor de Bordeus, eu tenho podido surprehender nos dementes precoces acções motivadas e expressões mimicas psychologicamente coherentes. Mas nem por isso o principio deixa de ser exacto na generalidade que lhe attribuimos d'accordo com a auctoridade dos que melhor têm estudado o assumpto e com a propria experiencia clinica. Sem duvida, ha expressões mimicas nos dementes precoces que traduzem logicamente um sentimento ou uma ideia; sem duvida, um ou outro acto d'estes doentes póde ser psychologicamente explicado. Mas tudo isto é excepcional; a regra, o facto geral e caracteristico é a incoordenação dos movimentos com o pensamento.

As *allucinações* e os *delirios* são symptomas de um vasto papel na demencia precoce.

Sem admittirmos com Kraepelin a excepcionalidade das allucinações na paranoia, por isso que sempre temos encontrado as auditivas nos proprios litigantes e perseguidos-perseguidores, achamos, todavia, que tem razão o professor de Munich quando estabeleceu um verdadeiro contraste entre o que, n'este ponto de vista, se observa na paranoia e na demencia precoce. Ao passo, com effeito, que são

raros na primeira, são extremamente frequentes na segunda os erros sensoriaes; só na confusão mental elles são egualmente communs. Todos os sentidos podem ser simultanea ou successivamente interessados, como o póde ser a cenesthesia. As allucinações visuaes e auditivas parecem ser as mais frequentes; todavia, as tactis, olfativas e cenestheticas observam-se commummente. Estas ultimas explicam as ideias hypocondriacas e de transformação pessoal de certos dementes precoces. Uma hebephrenica do meu serviço queixa-se de violações soffridas durante a noite, affirma ter tido muitos partos, quando é virgem, invectiva incessantemente as empregadas, porque lhe mudam a cabeça ou lhe deslocam as articulações dos membros, e affirma mesmo por vezes que mudou de sexo. A coexistencia de allucinações auditivas e visuaes na evolução de um delirio persecutorio bastaria, segundo Kraepelin, para denunciar o caracter paranoide e, portanto, demencial d'este delirio.

Fig. 36.— Demencia precoce (catatonia)

São extremamente frequentes os delirios em todas as variedades da demencia precoce. Segundo a minha experiencia, os hebephrenicos e catatonicos não deliram

menos que os paranoides; sómente, como observa Tanzi, os delirios d'estes são mais chronicos ou mais persistentes.

Todas as ideias falsas podem concorrer na formação d'estes delirios: hypocondriacas, de culpabilidade, de perseguição, de grandeza, eroticas, mysticas. Muitas vezes os delirios são determinados e alimentados por allucinações. O que sobretudo os distingue é a sua *falta de repercussão emotiva* (Tanzi) e *activa*. Assim, observam-se delirios hypocondriacos sem soffrimento, delirios de culpabilidade sem remorso, delirios de perseguição sem protestos, delirios de grandeza coexistindo com actos de subserviencia.

Fig. 37.— Demencia precoce (catatonia)

Symptomas physicos. —No começo da doença observam-se frequentemente a *cephaleia*, o *exagero dos reflexos tendinosos*, a *insomnia*, as *perturbações digestivas* e o *emagrecimento*, isto é o syndroma neurasthenico (Tanzi). Mais tarde todos estes phenomenos podem desapparecer definitivamente.

A *ausencia de dilatação reflexa das pupillas* sob as excitações physicas e psychicas (Brunke), o *symptoma de Argill-Robertson* (Blin), a *mydriase* e a *desegualdade das pupillas*, observam-se transitoriamente.

Nos estados de estupor catatonico os *edemas*, a *cyanose das extremidades*, a *hyperhydrose* e o *dermogra-*

phismo são symptomas frequentes. A *hypothermia* observa-se frequentemente; e são vulgares as *perturbações menstruaes*, consistindo quer em amnorrheia, quer em metrorrhagias.

Um *engrossamento diffuso da thyroideia* com variações do volume d'esta glandula nas successivas phases de evolução da doença observar-se-hia em alguns casos (Kraepelin).

Fig. 38. — Demencia precoce (catatonia)

HEBEPHRENIA. — Esta variedade, descripta por Hecker como doença autonoma em 1871, é caracterisada no seu periodo de estado por alternativas de depressão e agitação com ideias delirantes desconnexas, de base allucinatoria. Isto é dizer que, quando evoluciona até á demencia terminal sem participação dos symptomas proprios das outras variedades, a hebephrenia se distingue d'ellas pela ausencia de espasticidade muscular, que é propria da catatonia, e de delirios mais ou menos systematisados, que são a physionomia preponderante da variedade paranoide.

Os symptomas de negativismo, de suggestibilidade, de estereotypia e de maneirismo observam-se, mas são menos marcados que na variedade catatonica. A apathia

não vae nunca até ao estupor, manifestando-se mais por preguiça mental que por immobilidade. Incapaz de qualquer trabalho de espirito e destituido de toda a iniciativa util, o hebephrenico póde todavia viver n'uma mobilidade que é por vezes verdadeira agitação. As fugas, as tendencias eroticas e as alterações bruscas do humor são particularmente frequentes n'esta variedade, a mais precoce na apparição, a que mais rapidamente conduz a uma demencia confirmada e a que mais vezes se annuncia com grande antecipação por symptomas de neurasthenïa.

Fig. 39.— Demencia precoce (estereotypia de movimentos)

Catatonia. — E' a variedade estuporosa da demencia precoce. Caracterisa-a fundamentalmente a espasticidade muscular de que tira o nome. Pertence exclusivamente a esta variedade a *immobilidade estatuaria expontanea*, que é preciso não confundir com a *suggerida* ou *cataleptica*. Estupor e agitação alternam-se n'esta variedade, que Tamburini descreveu na Italia sob a designação de *loucura circular catatonica*.

Demencia paranoide. — E' caracterisada pela preponderancia de delirios multiformes, frouxamente systema-

tisados, de base allucinatoria e de evolução aguda. N'esta variedade entram grande parte dos casos clinicos estudados na Allemanha sob o nome de *paranoia aguda* ou *paranoia dissociativa* (Ziehen) e na França sob a designação de *delirios d'emblée* ou *delirios polymorphos dos degenerados hereditarios* (Magnan, Legrain, Dericq). Segundo o nosso modo de vêr, concordante com o de Séglas e Sérieux,

Sua Altêza
o Senhôr D. Affonso de
Mello
de Saxe-Coburgo-Gotha
Rua do Cósta Cabrál
Pôrto.

Fig. 40. — Demencia precoce paranoide (delirio erotico; endereço de uma carta escripta ao ex-infante D. Affonso. O nome *Mello* pertence á doente)

está fóra d'esta variedade o *delirio chronico* de Magnan, que Kraepelin n'ella introduz.

Convem repetir n'este momento o que atraz dissemos: que as variedades da demencia precoce se estudam separadamente mais por um motivo de clareza expositiva que pelo facto de existirem realmente isoladas. O que na clinica se observa de ordinario é a passagem de um mesmo demente precoce por phases de hebephrenia, de catatonia e de paranoideïsmo. A permanencia de uma variedade em estado de pureza ou sem mistura dos symptomas proprios com os de outras variedades, constitue uma excepção.

Evolução. — A marcha da Demencia Precoce offerece tres phases successivas: um *periodo prodromico* ou de incubação, um *periodo de estado* e um *periodo terminal.*

Periodo prodromico. — E' eminentemente variavel quer pelos symptomas, quer pela duração.

Umas vezes os phenomenos que immediatamente precedem a psychose confirmada são, do lado somatico, a *cephaleia*, as *perturbações digestivas* e a *insomnia*, e, do lado mental o *enfraquecimento da attenção voluntaria*, a *indifferença sentimental* e a *falta de iniciativa.* Estes symptomas, lentos e insidiosos na sua apparição, esboçam a doença no que ella tem de essencial e de eschematico; todavia não bastam ainda a caracterisal-a e podem ser levados á conta de uma neurasthenia ou de uma depressão melancolica.

Outras vezes são *accidentes convulsivos* e *lypotimias* os symptomas que primeiro surgem, fazendo pensar na hysteria ou, se coexistem com phenomenos depressivos, na hysteroneurasthenia.

Podem abrir a scena accessos de *mania*, de *melancolia* ou de *confusão mental.*

Emfim, póde a demencia iniciar-se por um *delirio systematisado.*

A duração d'este periodo não é menos variavel que a sua symptomatologia, porque póde cobrir um tempo oscillando entre *semanas* e muitos *mezes* ou até *annos*. N'este ultimo caso, já symptomas de negativismo, de suggestibilidade e mesmo de estereotypia começam a desenhar-se, permittindo a um observador experimentado estabelecer um diagnostico differencial.

Periodo de estado. — Caracterisa-se pelo desenvolvimento da symptomatologia que estudámos. E' n'esta phase que se torna seguro e definitivo o diagnostico não só da psychose, mas da variedade que preponderantemente

reveste. A duração d'este periodo vae de alguns mezes a alguns annos.

Periodo terminal. — Quando a psychose liquida, como é o caso mais frequente, pela *incurabilidade*, este periodo caracterisa-se pelo exagero dos symptomas de deficiencia mental, quer com persistencia de excitação motora *(demencia agitada)*, quer, ao contrario, com inercia que póde ir até á immobilidade *(demencia apathica)*. No primeiro caso subsistem o automatismo estereotypado do periodo anterior e, na variedade paranoide, os delirios cada vez mais dissociados e mais incoherentes. No segundo caso, com a nullidade intellectual dos doentes coexistem symptomas apagados de catatonia ou de suggestibilidade, segundo a fórma preponderante do periodo anterior.

9 de dezembro.
Eu dom Luiz
Filipe agradeço
ao meu pai dom Car-
los primeiro me for-
necer o tabaco a pe-
dido duma senhora
que lhe eu pedi. Es-
tava ao pé de mim
o senhor Constantino
Quero dinheiro do
meu ordenado que
ganho, que ganho
por mês um con-
to de reis. Mando
recados a toda a fa-
milia Eu principe
real Luiz Filipe e
tou bom

Fig. 41. — Demencia precoce paranoide (delirio ambicioso)

Quando a psychose liquída pela *cura*, que é sempre *incompleta* e *imperfeita*, como dissemos, o periodo terminal

caracterisa-se pela diminuição progressiva dos symptomas de deficiencia, pelo desapparecimento gradual dos phenomenos de negativismo, de catatonia, de suggestibilidade, de maneirismo e pela volta da saude physica. Todavia, como foi dito, o nivel mental dos doentes fica sempre abaixo do que foi, de sorte que a evolução psychica, suspensa pela eclosão da psychose, não se reata e não prosegue. Na esphera intellectual, como na affectiva e da vontade um deficit inextinguivel permanece. De resto, como tambem foi dito, estas curas não excluem as recahidas (Kraepelin, Weigandt); em rigor, ellas são antes *remissões* accentuadas e mais ou menos duradoiras do que retornos ao estado normal.

Typos evolutivos. — O mais commum é o *continuo;* todavia, não é raro encontrar-se o *remittente*. Observamos actualmente um caso de hebephrenia, em que este ultimo typo é manifesto. A um periodo longo em que dominam symptomas confusionaes e em que a incoherencia é absoluta, succede irregularmente um curto periodo de dias caracterisado por grande lucidez, com persistencia, todavia, de insomnia e de estados allucinatorios, sobretudo nocturnos. Emquanto no periodo confusional a desorientação é completa, o irreconhecimento das pessoas absoluto e a linguagem se torna uma *salada de palavras* (Forel), no periodo lucido a doente reconquista inteiramente as noções de espaço e de tempo, conversa logicamente, reconhece todos os que a assistem e corresponde-se com a familia. E' tão notavel n'esta hebephrenica o contraste entre os dois periodos que, se entre elles não existissem como traço de união symptomas de deficit intellectual e allucinações, sobretudo visuaes, pensar-se-hia n'uma psychose intermittente.

Prognostico. — Excepção feita dos casos de grande catatonia (estupor catatonico) algumas vezes terminados

pela *tuberculose*, o que se explicaria pela duradoira persistencia de attitudes impeditivas da normal funcção respiratoria (Weigandt), a demencia precoce não compromette a vida dos doentes; de sorte que, sob este ponto de vista, o seu prognostico não é grave.

E'-o porém relativamente ao futuro mental, como se deduz das considerações feitas sobre a evolução da doença, que, ainda nos casos mais felizes, termina por uma irreparavel diminuição da personalidade.

Os casos de prognostico mais desfavoravel são em regra, os de catatonia; a seguir vêm os de paranoideïsmo e os de hebephrenia, em que as curas incompletas mais vezes se realisam.

Anatomia pathologica.— Macroscopicamente, nada se nota de anormal. Microscopicamente porém, estudados os cerebros com os methodos de Marchi, de Weigert e de Cajal, observam-se lesões importantes do cortex: atrophia e degenerações gordurosa e pigmentar das cellulas; degeneração ou destruição das fibras dos feixes associativos; esclorose, obliteração e degeneração gordurosa dos vasos; e proliferação da nevroglia. Alzheimer e Agostini notaram em casos de catatonia uma notavel gliose limitada ao estrato profundo do cortex. Ora, considerando que o estrato tangencial e o das cellulas pyramidaes têm a seu cargo sobretudo as associações similares e mais simples; que as cellulas pyramidaes servem para exportar o movimento; que os pequenos elementos dos estratos granulosos estão mais directamente relacionados com a sensibilidade, naturalmente se infere que a relacionação dos affectos, dos motivos e da conducta está a cargo do estrato profundo, que é precisamente o mais interessado no ponto de vista das lesões (Tanzi). Mas, como se sabe, é tambem justamente na perturbação profunda das relações entre affectos, motivos e actos que reside a capital symptomatologia da demencia precoce. Assim, a anatomia patho-

logica explicaria os symptomas d'esta doença, perdendo, conseguintemente, todo o ar de extranheza o confronto feito ha quarenta annos por Kahlbaum entre ella e a demencia paralytica no ponto de vista do valor nosologico.

Natureza e pathogenia. — O que acabamos de dizer sobre a anatomia pathologica permitte interpretar a demencia precoce como o *effeito de uma degeneração systematica e parcial do cortex* (Tanzi). Ella sería, pois, mais uma *doença* do que uma *anomalia;* mas doença de causa endogéne, e, portanto, sempre *constitucional*, como a consideramos, e não phase derradeira da confusão mental, como Régis crê que ella o é muitas vezes.

Diagnostico. — A demencia precoce no periodo de estado não póde facilmente confundir-se com qualquer outra psychopathia. Então, a *anesthesia affectiva* e a systematica *descontinuidade entre o pensamento e a acção*, que essencialmente a caracterisam, são evidentes; o *negativismo*, a *suggestibilidade*, a *catatonia*, as *estereotypias*, o *maneirismo*, o *riso*, o *chôro* e o *mutismo* psychologicamente immotivados, que n'este periodo não faltam em grau maior ou menor, têm quasi o valor de estygmas.

Mas não acontece o mesmo no periodo prodromico, em que falta ainda uma parte da complexa symptomatologia, e a restante se esboça apenas; as difficuldades diagnosticas podem ser então consideraveis. Experimentados observadores se têm enganado em certos casos (Régis); e não poucas vezes succede que só a evolução da doença permitte evitar um errado juizo medico. Todavia, como razões d'ordem prognostica, medico-legal e de tratamento conferem um altissimo valor ao diagnostico precoce da doença, procuraremos examinar com a possivel extensão todos os elementos que podem servir-lhe de base.

E', como vimos, pelo syndroma neurasthenico, por accidentes hysteriformes e por um accesso maniaco, me-

lancolico ou confusional que a demencia precoce se inicia; com a *doença de Beard*, com a *hysteria*, com as *psychoses affectivas* e com a *amencia* temos pois de fazer o diagnostico differencial da psychopathia juvenil no seu periodo prodromico.

Para distinguir da neurasthenia um caso de demencia precoce que se inicia por symptomas psychosomaticos de exhaurimento, convém não esquecer os dados que passamos a examinar.

Ao passo que a neurasthenia se não produz sem a acção de *causas exogénes* de um certo valor, taes como o *surmenage escolar*, as *emoções penosas* muito intensas ou muito repetidas, as *doenças graves*, sobretudo infecciosas, e os *excessos sexuaes*, a demencia precoce, psychopathia constitucional, irrompe á sua hora sob acção de *causas endogénes* e sem o concurso de factores mesologicos (Diefendorf, M.^lle Pascal).

A depressão physica é menos accentuada na neurasthenia que na demencia precoce; e, ao passo que na primeira d'estas doenças tem um caracter contínuo, reveste na segunda uma feição paroxystica, alternando com crises de excitação automatica (M.^lle Pascal).

A *indifferença affectiva* pertence á demencia precoce; a despeito das preoccupações que por vezes o mascaram, o sentimento persiste sempre na verdadeira neurasthenia.

As ideias hypocondriacas, communs ás duas doenças, são *moveis* e *superficiaes* na demencia precoce, *fixas* e *angustiosas* na neurasthenia.

A *impulsividade*, que é frequente na demencia precoce, falta na neurasthenia em que a substitue uma discreta *irritabilidade* sem consequencias. Assim as *fugas*, as *automutilações* e os *delictos*, frequentes na primeira d'estas doenças, não se observam na segunda. A demencia precoce tem, como a paralytica, um *periodo medico-legal* (Anthaume) que falta á neurasthenia.

Emfim, o *desacordo entre o pensamento e a acção*, que

essencialmente caracterisa a demencia precoce, não se observa na doença de Beard.

No que vem de ser dito referimo-nos á neurasthenia accidental, que é uma nevrose adquirida. A neurasthenia constitucional, approximando-se da demencia precoce pela ausencia de causas determinantes exogénes, offerece, comtudo nas *phobias e* no caracter particular da sua *impulsividade* elementos bastantes de differenciação. Os estados phobicos são privativos da neurasthenia; e os impulsos que n'ella têm uma feição angustiosa e só se realisam depois de uma lucta mais ou menos demorada (Vid. pag. 420 e seguintes), são na demencia precoce desacompanhados de qualquer elemento emotivo.

A demencia precoce inicia-se ás vezes por accidentes de feição hysterica, sobretudo nas variedades hebephrenica e catatonica, podendo então ser difficil reconhecer se estamos em face de um caso de verdadeira hysteria, se de um caso de psychose juvenil. Ora, como o prognostico é diversissimo nas duas hypotheses, convém ter em vista os possiveis elementos differenciaes.

D'estes, a nosso vêr, são de maxima importancia os que resultam do exame mental do doente.

Ao passo que o sentimento, pervertido ou não, se conserva na hysteria, a sua fallencia é na demencia precoce um phenomeno inicial.

Por outro lado, ao passo que os actos dos hystericos têm sempre um *intuito*, e, por mais extravagantes que pareçam, obedecem a *motivos* ou, como foi dito, a um determinismo psychologico, os movimentos dos dementes precoces são, em regra, *immotivados* e *sem designio*. O que ha de singular e leviano na conducta do hysterico, vem de perversões do sentimento ou da ideação; no demente precoce vem do puro automatismo, da emancipação dos centros polygonaes, do desacordo entre o movimento e os estados ideosensitivos.

Emquanto a *attenção voluntaria* do hysterico lhe per-

mitte movimentar os seus conhecimentos e tirar partido da experiencia pessoal, no demente precoce succede precisamente o contrario; por inercia da vontade, este ultimo é incapaz de utilisar em proveito proprio o *stock* das noções adquiridas.

A hysteria não implica uma verdadeira diminuição das energias psychicas; a demencia precoce importa, pelo contrario, um constante abaixamento do nivel mental.

A hysteria é compativel com o brilhantismo da imaginação e com a vivacidade do sentimento (Agostini); a demencia precoce implica desde todo o principio a negação d'estas qualidades.

Os resultados do exame somatico parecem-nos menos valiosos para o diagnostico differencial entre a hysteria e a demencia precoce. Desde que as crises convulsivas podem faltar na symptomatologia da nevrose e da psychopathia, substituindo-se por simples vertigens e espasmos, falha o principal elemento somatico de differenciação. Por outro lado, a espasticidade é um symptoma commum, e a exploração da sensibilidade póde não fornecer senão resultados equivocos, porque não merecem confiança as reacções dos dementes precoces, dada a sua mentalidade. Entretanto a presença dos chamados estygmas da hysteria dissipará todas as duvidas nos casos em que puder ser indiscutivelmente averiguada.

A proposito convem lembrar que a coexistencia da hysteria e da demencia precoce está longe de ser excepcional. Nada se oppõe a que um hysterico venha a ser um demente precoce; e, quando esta hypothese se realisa, naturalmente encontraremos, ao lado da symptomatologia somatica da nevrose, a symptomatologia mental da psychopathia. Não ha então um diagnostico difficil a estabelecer, mas dois diagnosticos a assentar.

O possivel começo da demencia precoce por um accesso de agitação motora póde induzir a um errado diagnostico de mania. Entretanto, a differenciação não é

difficil, se tivermos presentes os symptomas psychicos essenciaes das duas figuras nosologicas. Emquanto a demencia precoce é uma psychopathia constitucional, caracterisada desde todo o principio por phenomenos de deficit, notaveis sobretudo nas espheras sensitiva e voluntaria, a mania é uma psychose mais ou menos tributaria de causas exogénes e de caracter affectivo. De resto, a vivacidade de espirito do maniaco contrasta frisantemente com o torpor mental do demente precoce; de sorte que um erro de diagnostico só é possivel para quem tenha da mania a noção atrazada e vaga que a confunde com o syndroma *excitação*.

O inicio da demencia precoce por uma phase de estupor póde fazer pensar na melancolia attonita.

As duvidas n'esta hypothese dissipar-se-hão tendo em vista, por um lado, que o estupor melancolico é precedido de um largo periodo depressivo, de ideias delirantes ou de anciedade, ao passo que surge *d'emblée* na demencia precoce, e, por outro, que na melancolia a expressão physionomica denuncía concentração dolorosa, ao passo que na demencia precoce ella é uma sorte de mascara inexpressiva, esphyngica, impenetravel.

O começo da demencia precoce por um estado confusional póde fazer pensar na amencia.

O diagnostico differencial entre as duas doenças repousa sobre multiplos dados; entretanto, concebe-se perfeitamente que em face de um caso incipiente elle seja impossivel.

Em regra, a *desorientação* do demente precoce é menos profunda que a do confuso; ás vezes mesmo ella é mais apparente do que real, como temos constatado. Uma demente precoce do meu serviço, que todos suppunham absolutamente desorientada, porque, admittida havia poucos mezes, se dizia encarcerada desde uma infinidade de annos, denunciou com extremo rigor o seu dia anniversario e a sua edade á enfermeira.

Por outro lado, as *allucinações* são consideravelmente mais frequentes e variaveis na confusão mental que na demencia precoce.

Emfim, a *ausencia de causas occasionaes toxico-infecciosas* depõe em favor da demencia precoce, que é uma psychopathia constitucional.

Régis admitte duas especies de demencia precoce: uma, accidental, que succede á amencia como um estado secundario e de terminação; outra, hereditaria, privativa dos degenerados e, portanto, constitucional. Assim, a primeira sería uma *demencia post-confusional*, uma derradeira phase da chronicidade da amencia; a outra seria uma affecção protopathica, — a *demencia juvenil primitiva* dos italianos. A acceitação d'este modo de vêr introduziria a mais extranha das confusões em nosologia mental. Se é da relação das causas exogénes e endogénes que nasce, segundo o predominio das primeiras sobre as segundas ou d'estas sobre aquellas, a fundamental noção das psychopathias accidentaes e constitucionaes, como admittir que a *mesma doença* possa pertencer aos dois grupos? Ou a demencia precoce se reduz, a despeito de toda a sua complexidade, a despeito da sua anatomia pathologica, da sua feição climaterica, da sua unidade clinica, a um simples *syndroma*, que ora surge na confusão mental, ora na degenerescencia, e n'esse caso não attinjo o motivo por que Régis a descreve entre as *psychopathias*, ao lado da mania e da melancholia, e não entre os *Syndromas Psychopathicos*, ao lado, por exemplo, da demencia senil ou da paralysia geral: ou ella é realmente uma *doença*, uma figura nosologica autonoma, e n'este caso não comprehendo que seja ora accidental, ora constitucional, que appareça umas vezes como *estado secundario* de uma psychopathia exogéne, outras vezes como *affecção degenerativa* e, portanto, endogéne.

De resto, a demencia precoce póde romper por um accesso confusional, como a demencia paralytica póde

romper por um accesso neurasthenico ou por um estado maniaco. Mas, do mesmo modo que não é licito fazer da demencia paralytica uma phase evolutiva da neurasthenia ou da mania, assim cremos que é inadmissivel fazer da demencia precoce um periodo terminal da amencia. O que nos parece é que o diagnostico differencial entre a demencia precoce e a amencia é extremamente difficil em certos casos e só póde fazer-se com segurança em face de dados symptomaticos, evolutivos e etiologicos.

Terminando as considerações que nos suggere o diagnostico differencial, lembraremos que a demencia paralytica juvenil póde ser confundida com a demencia precoce. Dada a raridade da paralysia geral antes dos 35 annos, a presença de um estado demencial na adolescencia ou na juventude conduz-nos muito naturalmente a pensar na psychose climaterica; e o erro é tanto mais desculpavel quanto a syphilis hereditaria, antecedente constante da paralysia geral juvenil, figura com frequencia nos antecedentes dos dementes precoces.

Entretanto, um exame prolongado e attento do doente revelará a presença ou ausencia de symptomas somaticos inequivocos, taes como a dysarthria e o signal de Argyll-Robertson. De resto, o exame do liquido cephalorachydiano dissipará todas as duvidas, denunciando a existencia (paralysia geral) ou não-existencia (demencia precoce) da lymphocitose. E' decisivo o cytodiagnostico, a que não devemos deixar de recorrer em casos embaraçosos, porque comportam, como se sabe, prognosticos inteiramente differentes as duas psychopathias.

Tratamento. — Partindo da ideia de que uma auto-intoxicação de origem sexual ou outra preside á eclosão da doença, alguns auctores (Lallane, Régis, Greco, Sérieux) ensaiaram n'um intuito *curativo* a opotherapia, administrando substancia cerebral, thyroideia e ovarica em injecções subcutaneas ou por ingestão. Os resultados, porém, foram equivocos.

O tratamento é ainda puramente *symptomatico*, dirigindo-se contra a insomnia, a agitação motora, o estupor catatonico, a depressão de forças e a anemia. Os meios a empregar são nossos conhecidos: hypnoticos, sedantes, excitantes e tonicos; todavia, a sua acção é raramente efficaz (Tanzi).

O *isolamento* está de ordinario indicado. O doente acceita-o bem; e por elle se evitam graves incidentes medico-legaes. Dementes precoces que na vida livre seriam elementos nullos ou perturbadores, são utilisados nos *manicomios* e sobretudo nas *colonias agricolas* em pequenos serviços que, não exigindo esforços intellectuaes, representam todavia um certo valor.

O tratamento *prophylatico* sería o mais importante e efficaz, se a direcção das creanças portadoras de taras hereditarias fosse confiada a medicos instruidos sobre os possiveis accidentes psychopathicos da adolescencia (Marro).

Impedir toda a sorte de *excessos*, assim intellectuaes como physicos, evitar as praticas solitarias, não ensinar nem suggerir nenhuma religião, manter escrupulosamente a hygiene (casa, alimentação, vestidos, exercicios) e crear interesses mentaes na creança, — taes são as bases d'este tratamento.

CAPITULO VIII

ANOMALIAS MENTAES

Este subgrupo das PSYCHOSES CONSTITUCIONAES, comprehendendo as Aberrações Sexuaes, a Loucura Moral, a Paranoia e a Imbecilidade, representa a *degenerescencia psychica*, no sentido preciso d'esta expressão. De facto, na génese das psychoses d'este grupo só a *hereditariedade* póde ser invocada; as causas exogénes não representam n'ella o minimo papel.

ABERRAÇÕES SEXUAES

Nevroses sexuaes (Neumann); psychopathias sexuaes (Krafft-Ebing); perversões sexuaes (Tanzi); amor morbido (Laurent); loucura erotica (Ball); homosexualidade constitucional; uranismo; inversão sexual (Westphal); inversão do sentido genital (Magnan e Charcot).

Definição e variedades. — Os actos sexuaes que se desviam do fim supremo da procreação podem ter, sob identicas apparencias, origens e significações diversissimas. Uns são apenas *immoraes*, outros *pathologicos*, alguns, emfim, francamente *degenerativos*.

Entram na primeira cathegoria a homosexualidade dos collegiaes, dos prisioneiros, dos religiosos em conventos, dos maritimos em navios de longo curso, dos soldados em acampamentos e casernas; o onanismo das victimas de uma educação familial extremamente coercitiva e sevéra; a bestialidade dos pastores vivendo longe do convivio

humano e sob a excitação produzida pela copula animal; emfim, as phantasias libidinosas que resultam quer da imitação em meios depravados, quer da sobrevivencia psychica do desejo á morte funccional precoce da sexualidade. Aberrantes emquanto infracções do ritual physiologico, estas praticas nem traduzem doenças, nem representam anomalias constitucionaes, e estão portanto fóra dos limites da medicina; a sua génese e o seu tratamento são exclusivamente sociaes.

Na segunda cathegoria figuram as perversões tributarias de doenças dos centros cerebral e medullar; taes são, por exemplo, o exhibicionismo de alguns dementes senis, a sodomia de muitos idiotas, o onanismo de certos tabeticos. Symptomaticas de mais ou menos extensas lesões nervosas, estas aberrações pertencem, evidentemente, á pathologia; mas não pertencem ao quadro das psychopathias sexuaes, porque são *episodios morbidos* e não desvios evolutivos.

Na ultima cathegoria das perversões sexuaes, seguramente a menos extensa, inscrevem-se apenas as que denunciam um vicio constitucional, uma anomalia de evolução, uma indiscutivel monstruosidade.

O criterio *biologico* da fecundação conduz a uma primeira e fundamental divisão dos actos sexuaes em dois grandes grupos: *normaes* e *anormaes*, segundo tendem ou não a assegurar a perpetuidade da especie.

Em seguida, o criterio *ethico*, apoderando-se dos actos do segundo grupo, subdivide-os em *moraes* e *immoraes*, segundo se conformam ou não com o ritual physiologico da sexualidade. Os que se conformam com elle, embora anormaes sob o ponto de vista biologico, não são condemnaveis no ponto de vista dos costumes e das leis. Assim, não é immoral a copula com mulheres averiguadamente infecundas ou em estado actual de gravidez. Só os actos de volupia exercidos com infracção da norma physiologica, são immoraes.

Mas o criterio *medico* intervem por seu turno, e n'este final residuo de agrupamentos successivos descobre ainda duas ordens de aberrações, que lhe pertencem de direito: as *pathologicas*, traduzindo doenças, e as *degenerativas*, denunciando anomalias de evolução.

E' o que o quadro seguinte resume:

Só pertencem ao nosso quadro as aberrações degenerativas, que podem definir-se: anomalias ou desvios evolutivos do instincto genésico.

Para comprehender e classificar estas anomalias congénitas, verdadeiras monstruosidades de exclusiva causa endogéne, distinguindo-as de todas as aberrações accidentaes da sexualidade, importa lembrar que o instincto genésico normal, extremamente complexo, porque suppõe multiplas actividades medullares e cerebraes exercendo-se harmonicamente, tem no homem uma longa historia evolutiva, phylogenética e ontogenética.

Da primeira convem conhecer, no ponto de vista da psychiatria, que a sexualidade começa por ser um simples acto reflexo de natureza vasomotora (centro espinhal de Budge), a que lenta e successivamente se associam funcções sensoriaes, primeiro, e esthetico-moraes, depois (centros cerebraes posterior e anterior). O reflexo primitivo passa, pela fusão das sensações do olfacto, do tacto, do gosto, da vista e do ouvido, á phase que propriamente se chama instincto. Mas é só no homem civilisado, que o instincto, mercê de uma nova integração de actividades estheticas e moraes, se despoja do caracter brutal e aggres-

sivo que o caracterisa nos primitivos para assumir a feição de uma conquista delicada e lenta.

Da historia ontogenética importa saber que a differenciação dos sexos, começada anatomicamente nos ultimos mezes da vida intra-uterina, só termina physiopsychologicamente na adolescencia. Ha, pois, na especie humana um hermaphroditismo funccional muito mais longo que o organico (Bianchi).

Em face d'estes dados comprehende-se sem esforço que a normalidade do instincto sexual depende do concurso de todos os seus elementos formativos no acto da fecundação, e exige, portanto, a harmonia e equilibrio de todas as actividades evolutivamente integradas, desde o reflexo medullar até á cerebração, desde o erethismo espinhal até ás imagens mentaes, ás emoções estheticas e aos sentimentos ethicos. As aberrações surgem desde que essa harmonia e esse equilibrio se rompem ou não chegam a ser attingidos, o que póde dar-se quer por defeito ou excesso de um dos concorrentes sexuaes sobre os outros, quer por desvios evolutivos dos orgãos de geração ou dos centros nervosos que os representam (Bianchi).

Assim, teremos duas ordens de aberrações: as anomalias *quantitativas* e as *qualitativas*, das quaes se dividem as primeiras em aberrações ou anomalias por *deficiencia* e por *excesso*, e as segundas em *inversão* e *perversões*.

Na primeira cathegoria (aberrações quantitativas por deficit) entram a *frigidez* e a *impotencia* resultantes da suspensão evolutiva quer dos orgãos sexuaes, quer dos centros nervosos que presidem ás suas funcções.

No primeiro caso, homens ou mulheres não attingiram o completo desenvolvimento da sexualidade apparente: pénis rudimentar, testiculos pequenos e fóra do escroto, ausencia de barba, utero infantil, scepto vaginal, seios atrophicos, etc. E' o *infantilismo sexual*, umas vezes ligado ao hypothyroideïsmo *(pathologico)*, outras vezes dependente de agenesia *(degenerativo)*. No segundo caso, orgãos

sexuaes e caracteres secundarios existem pronunciados; os centros nervosos, porém, não se desenvolveram parallelamente. E' o que poderiamos chamar *hermaphroditismo central*.

Na segunda cathegoria (aberrações quantitativas por excesso) entram a *satyriase* e a *nymphomania*, segundo se trata do homem ou da mulher. Estas aberrações são quasi sempre symptomaticas, apparecendo transitoriamente em casos de paralysia geral e de tabes, e persistentemente em casos de imbecilidade e de idiotia. Mas podem excepcionalmente revestir o caracter essencial de anomalias evolutivas.

Os casos de desequilibrio em que a um deficit do elemento sensorial corresponde uma exuberancia do elemento ideativo (*erotismo platonico* ou *eratomania casta*), podem tanto integrar-se na primeira como na segunda das cathegorias anteriores; todavia, parece-nos que ficam melhor na primeira, porque o criterio de classificação, quando varios caracteres se apresentam, deve derivar-se do mais importante e mais significativo, que na ordem evolutiva é sempre o mais antigo. Ora, na historia do instincto genésico o erethismo espinhal precede muito a cerebração amorosa.

As aberrações qualitativas comportam duas ordens de factos: a *inversão* e *as perversões sexuaes*.

A inversão, tambem chamada *homosexualidade constitucional* e *uranismo*, realisa-se todas as vezes que o representante de um sexo sente irresistivel attracção pelos representantes do mesmo sexo e indifferença ou repulsão pelos do sexo contrario. O grau de attracção é variavel, podendo ir desde o simples prazer da convivencia (*uranismo casto*) até aos contactos impuros da pederastia e do tribadismo, por exemplo.

Inversamente, em face do outro sexo, o uranista experimenta uma completa indifferença ou mesmo uma verdadeira repulsão; n'este ultimo caso, a simples presença

de um individuo de sexo contrario basta para fazer cessar todas as manifestações do erethismo genésico.

Mas, seja qual fôr o grau da attracção homosexual e da repulsão intersexual, o facto caracteristico do uranismo é este: o invertido comporta-se em face do seu sexo precisamente como o individuo normal em face do sexo contrario. Assim, elle não sente em relação ao eleito do seu sexo desejos voluptuosos apenas, mas todas as manifestações psychicas do amor normal: o encanto do convivio, a saudade na ausencia, a disposição aos sacrificios, a tortura do ciume e, no caso de morte, o desespero inconsolavel e mesmo a loucura. A frigidez em face do sexo contrario não é senão uma natural consequencia d'este estado mental, que Diderot e Lyane de Pougy descreveram, relativamente ao uranismo feminino, n'*A Religiosa* e n'*Um Idylio saphico*.

E' preciso não confundir a *inversão*, muito rara, com a *homosexualidade accidental*, extremamente commum. Emquanto aquella é uma irreparavel anomalia, um desvio de evolução, uma verdadeira monstruosidade tributaria de factores endogénes, a segunda é uma aberração provisoria, curavel e dependente de causas exogénes. As apparencias podem ser as mesmas; e Flaubert, fallando na *Salammbô* de combatentes levados pelas circumstancias da guerra á cohabitação homosexual, descreveu com profunda exactidão um estado psychico inteiramente analogo ao dos uranistas, e em que não foi esquecida a nota altruista dos sacrificios pessoaes.

Mas, pelas origens, pela evolução e pelo prognostico, as duas ordens de casos differem profundamente.

A homosexualidade fortuita não representa, inicialmente pelo menos, senão um *erro provisorio*, um *casual desvio* do instincto genésico. Absolutamente cego na sua primeira phase de evolução, este instincto não passa, com effeito, de uma tendencia vaga e imprecisa, a que o proposito da fecundação é ainda perfeitamente extranho, de

um vehemente desejo, indeterminado todavia na fórma da sua realisação e no seu proprio objecto. Assim, o homem procurando outro homem que o encantou pela esthetica de fórmas incompletamente desenvolvidas, mas de linhas harmonicas, manifesta apenas a sua *ultravirilidade* (Tanzi); a mulher deixando-se seduzir por outra mulher que a corteja, não faz senão denunciar a sua *ultrafeminilidade* (Tanzi). Sendo *extraphysiologicos*, estes individuos não são *antiphysiologicos*, mas *hyperphysiologicos* (Tanzi). E, por seu turno, os *partners*, elemento activo feminino e elemento passivo masculino, se não têm a desculpal-os a *ultrasexualidade*, podem invocar o concurso de circumstancias que lhes impedem a livre escolha sexual, ou ainda o principio de que *ás conquistas mais appetitosas se antepõem muitas vezes as mais faceis e menos arriscadas* (Tanzi).

Mas estes falsos acasalamentos cessam, se as circumstancias mudam; e os homosexuaes d'hoje serão os intersexuaes d'ámanhã.

Não assim, no uranismo. O invertido congénito póde certamente dominar-se, não exteriorisando em actos condemnaveis as suas tendencias monstruosas; mas o que não póde nunca é deixar de sentil-as, como não póde vencer a indifferença ou a repulsão que o sexo opposto lhe inspira. Victima de um irreparavel desvio evolutivo, contra o qual não poucas vezes se revolta a sua consciencia moral, o uranista póde manter-se dentro dos limites da continencia, mas será sempre, psychicamente, um homosexual. Quando n'elle surgiu, o instincto genésico trazia já, como uma sorte de estygma anthropologico, uma errada orientação: visitando os museus de pintura e de esculptura, eram as fórmas do seu proprio sexo que o attrahiam e o excitavam, emquanto as do sexo contrario o deixavam frio ou desattento; nas praias, nos balnearios, nos logares de *sport* o seu desejo inquieto procurava sempre surprehender a nudez dos seus homologos; e o seu primeiro espasmo de

volupia sentiu-o ao contacto ou sob a acção da imagem mental de um representante do seu sexo. Assim foi e assim será sempre. A preferencia homosexual não é n'elle o effeito de uma fortuita sensação voluptuosa, que a sua memoria conservou (como acontece a alguns intersexuaes que começaram a vida genésica por ligações condemnaveis), mas a denuncia de uma anomalia, o signal de uma degenerescencia.

No grupo dos uranistas podem distinguir-se dois sub-grupos: no primeiro estão os que apresentam na sua conformação notas physicas do sexo contrario (invertidos femeniliformes, invertidas masculiniformes); no segundo reunem-se os que offerecem, bem accentuados, os caracteres organicos do proprio sexo (Bianchi).

Os invertidos femeliniformes (mysoginos) têm um typo mais ou menos infantil: pénis diminuto, testiculos pouco volumosos, falta ou escassez de pellos no pubis, nas axillas, na face, fórmas arredondadas, bacia larga, seios desenvolvidos e voz eunucoide. Têm habitos, gostos de mulher: costuram, bordam, são conhecedores das *toilettes* femininas, etc. As invertidas masculiniformes offerecem um clytoris muito desenvolvido, uma bacia estreita, seios indigentes, abundancia de pellos na face e nos membros, e voz grossa. Têm habitos e gostos de homem: fumam, jogam as armas, etc.

Os *partners* d'estes degenerados são, em regra, homosexuaes fortuitos, em que se observam signaes de ultra-sexualidade: homens fortes e mulheres muito debeis (Bianchi).

São pouco numerosos os representantes d'este primeiro súb-grupo de uranistas.

Os do segundo sub-grupo, invertidos de fórmas sexuaes regulares, são menos raros. Nenhuma apparencia os denuncía.

Chamaremos *pseudo-invertidos* aos intersexuaes a quem não só não repugnam as praticas uranistas, mas

n'ellas representam indifferentemente os papeis activo e passivo. São libertinos, mas não *doentes* ou *degenerados*, comquanto mais ou menos *predispostos;* estão fóra do nosso quadro.

Os processos por que os uranistas satisfazem os seus desejos antiphysiologicos, não merecem particular inventario; nenhum ha que não seja conhecido desde a antiguidade pagã. De resto, crêmos destituida de interesse nosologico e apenas aproveitavel n'um ponto de vista medico-legal a pormenorisação de alguns psychiatras (Näcke, Krafft-Ebing).

No grupo das *perversões sexuaes* contam-se: o *exhibicionismo*, a *bestialidade*, a *necrophylia*, o *sadismo*, o *masochismo*, a *riparophylia* (Agostini) e o *fetichismo* (Binet).

O exhibicionismo, ou desnudamento dos orgãos sexuaes diante da pessoa preferida, que é frequentemente pathologico e se observa nos senis e paralyticos, póde apresentar-se como simples nota degenerativa.

A bestialidade ou cohabitação com animaes domesticos é umas vezes fortuita, outras constitucional.

A necrophylia ou a satisfação do instincto sexual sobre cadaveres, é uma monstruosidade rara. O caso Bertrand, estudado por Legrand du Saulle, é typico.

O sadismo, que consiste em alliar a crueldade aos actos sexuaes, como meio de provocar ou intensificar a volupia, representa um desvio regressivo (Penta). E' *activo*, se os actos crueis, que podem ir desde a flagellação até á anthropophagia, são inflingidos ou impostos; é *passivo* e toma o nome de *masochismo*, quando são soffridos ou supportados.

O Marquez de Sade, que teve a triste gloria de dar o nome a esta perversão, o extirpador Jack, inglez, o estrangulador Vacher, francez, e Secamantecas, hespanhol, relatado por Esquerdo, são casos extremos de sadismo activo. Menos intensos e mais frequentes são aquelles em que o degenerado se limita a inflingir á sua victima chicotadas,

mordeduras, sôccos, picadas de alfinetes, constricções manuaes violentas e arranhaduras.

Os casos de sadismo passivo ou masochismo são menos conhecidos, o que não quer dizer que sejam necessariamente menos frequentes. Emquanto as victimas do sadista activo se queixam, os cumplices do masochista guardam um prudente silencio sobre as perversões, que auxiliam. Só um ou outro caso vem a ser conhecido pela inconfidencia das prostitutas, que são quasi sempre os *partners* dos masochistas. Estes desgraçados não attingem o espasmo venereo senão quando maltratados durante as relações sexuaes; assim, pagam por alto preço mulheres mercenarias que se prestam a inflingir-lhes crueldades analogas ás que o sadista activo faz supportar ás victimas da sua perversão. Bianchi observa que ha casos em que todo o prazer se resume na acceitação de maus tratos; e cita em apoio o caso de um impotente, que todas as semanas ia a um prostibulo receber de duas meretrizes pontapés no peito e na face, depois do que, pagando, se retirava satisfeito.

Agostini creou o nome de *riparophylia* para designar a perversão sexual que consiste em amar o que aos normaes inspira repugnancia ou nojo. E cita, como exemplo typico, o caso medico-legal de um collega, homem novo, que, despresando a esposa, mulher muito formosa, foi encontrado a violar uma velha aldeã, cardiaca, edematosa, absolutamente repugnante (ributtante sotto ogni riguardo), que morreu no dia immediato, victima do terror e das violencias.

Entram n'este grupo, os que só procuram as mulheres no periodo menstrual, os *estercorarios*, os *urinarios* e outros que pelo nome se definem.

O fetichismo é a perversão que consiste em sentir a volupia sexual, não por excitação da pessoa amada, mas de uma parte do seu corpo ou do seu vestuario.

E' corrente que ha nos individuos normaes preferen-

cias diversamente accentuadas por fórmas, orgãos ou attributos physiologicos do sexo contrario: uns amam sobretudo os olhos, outros os cabellos, o nariz ou o pé, muitos a cintura, não poucos a *croupe*, alguns a voz, muitos a marcha. Mas, como Tanzi observa com rara sagacidade de analyse, estas preferencias eroticas representam apenas o processo de *synédoche* ou *symbolismo*, que domina toda a nossa mentalidade. E' sempre por uma parte que reconstituimos e figuramos o todo: por um osso recompômos um animal, por uma ogiva representamos um edificio, por um symptoma diagnosticamos uma doença. Ora este processo de abreviação e economia mental, absolutamente seguro, se a harmonia, que presuppõe, entre a parte e o todo é necessaria, como no caso do osso, póde illudir-nos, se ella é fallivel e precaria como na hypothese do symptoma, que pertença a muitas doenças ou da ogiva que entre na composição de um edificio desconnexo e sem architectura precisa. Este ultimo é o caso das preferencias eroticas; presupondo uma harmonia anthropologica e sobretudo esthetica entre uma parte ou um attributo do corpo humano e a totalidade d'elle, essas preferencias induzem-nos em erro, porque tal harmonia é eminentemente precaria. Esse erro, porém, comporta immediata correcção; e o processo que o gerou, comquanto equivoco, não deixa de ser *physiologico*. Constatado que um lindo pé faz parte de uma deselegante mulher, o amador de pés esquece a creatura, e, sem renunciar á sua preferencia, explicavel ou mysteriosa, naturalmente procura outro lindo pé que se integre n'uma elegante mulher.

Não ha aqui fetichismo.

Este principía no momento em que o desejo sexual se relaciona com uma parte corporea por um nexo indestructivel. Então, essa parte e só ella, onde quer que esteja (n'um individuo do sexo contrario ou homologo), provoca o eretismo genésico; e o espasmo só vem ao contacto ou á vista d'essa parte.

Ha aqui, como se vê, uma verdadeira transposição do ideal erotico, um desvio degenerativo do instincto, podendo levar á homosexualidade.

Mas vae ás vezes mais longe o fetichismo: então, não é para uma parte limitada do corpo que o ideal erotico se desloca, mas para um elemento do vestuario: as saias, as calças, as luvas, o lenço.

Emquanto representantes de um corpo conhecido ou *symbolos* de um corpo idealisado, estes elementos do vestido humano podem não ser sexualmente indifferentes ao individuo normal: no primeiro caso, pela evocação mnemonica de fórmas amadas, no segundo, pela imagem mental que ajudam a construir. E não ha n'isto perversão fetichista, porque não são os objectos, mas as pessoas que elles evocam, as causas erotogénes.

O fetichismo dos vestidos affirma-se quando são estes em si mesmos as causas determinantes do desejo e do espasmo venereos. Então, indifferente ás pessoas, o pervertido só gosa pela presença e pelo contacto das partes do vestuario. Magnan refere o caso de um d'estes degenerados, que só se sentia excitado em face de aventaes de mulher. Era pela masturbação junto d'estes objectos que elle provocava o espasmo venereo. A's vezes a parte erotogéne do vestuario é figurada n'um corpo; este, porém, póde não ser attractivo e ser mesmo repugnante. Magnan falla de um pervertido que só conseguia realisar o coito, evocando a imagem de um barrete de noite, toucando a cabeça de uma velha. Octavio Mirbeau explorou litterariamente o fetichismo sexual no livro *Mémoires d'une femme de chambre*.

O quadro seguinte resume o que vimos de expôr:

- **Aberrações sexuaes**
  - Quantitativas
    - por deficit: frigidez
      - infantilismo sexual
      - hermaphroditismo central
      - erotomania casta
    - por excesso .... satyriase; nymphomania
  - Qualitativas
    - inversão (uranismo)
      - mysoginismo
      - homosexualidade simples
    - perversões
      - exhibicionismo
      - bestialidade
      - necrophylia
      - sadismo
      - masochismo
      - riparophylia
      - fetichismo

A classificação de Bianchi, que seguimos n'esta exposição, coincide com a de Magnan, que divide tódos os anormaes, segundo a séde do processo aberrante, em espinhaes, espinhaes-cerebraes posteriores, espinhaes-cerebraes anteriores e cerebraes anteriores.

Nos *espinhaes* o acto sexual reveste a fórma rudimentar do reflexo (onanismo dos idiotas e imbecis).

Nos *espinhaes-cerebraes posteriores* a sexualidade é automatica e brutal, despertando e exercendo-se sob a influencia do erethismo dos centros bulbares.

Nos *espinhaes-cerebraes anteriores* o acto sexual é determinado por imagens, dependendo as perversões da anormalidade d'estas.

Nos *cerebraes anteriores* tudo o que ha de reflexo e de instinctivo no acto sexual cessa ou se subalternisa sob a influencia excessiva da ideação amorosa (erotomanos castos).

Etiologia. — O que acaba de ser dito permitte comprehender o papel que a *hereditariedade* representa na génese das psychopathias sexuaes. Ella é, com effeito, o unico factor a invocar nos casos congénitos de inversão e perversão: e nos casos adquiridos que se assemelham aos congénitos pela intensidade das manifestações, é ainda um factor culminante. N'estes ultimos a causa determi-

nante é, em regra, uma emoção sexual, que, pelo mecanismo das obsessões, domina o campo da consciencia e se liga indissoluvelmente ao reflexo de excitação genésica (Agostini); mas esse mesmo mecanismo presuppõe um terreno psychopathico especial creado pela hereditariedade.

Evolução e prognostico. — Não têm tendencias progressivas ou regressivas as anomalias sexuaes, que persistem indefinidamente as mesmas n'um determinado individuo; todavia, sob a influencia de circumstancias accidentaes, dependentes quer do meio, quer do estado geral do pervertido, ellas podem exacerbar-se ou remittir.

D'aqui se deduz a *gravidade* do prognostico.

Tratamento. — Não póde ser senão prophylatico em relação ás verdadeiras anomalias. O importante é, com effeito, impedir por uma boa hygiene e por uma educação bem dirigida o apparecimento de perversões accidentaes, porque d'estas se passa muitas vezes por herança ás anomalias irreparaveis. Muitos uranistas descendem de homosexuaes fortuitos. Impedir o despertar precoce do instincto genésico e desviar as creanças do convivio homosexual dos collegios, é quanto póde fazer-se.

Os casos accidentaes comportam um tratamento moral muitas vezes efficaz, mas insusceptivel de regras fixas. A suggestão é a sua base.

LOUCURA MORAL

Moral insanity (Prichard); variedade da loucura lucida (Trelat); daltonismo moral (Maudsley); idiotia moral (Krafft-Ebing); psychoses lucidas, moral e criminal (Régis); anesthesia do senso moral (Ballet); criminalidade congenita (Lombroso); immoralidade constitucional (Tanzi).

Definição e variedades. — E' uma situação degenerativa caracterisada pela ausencia ou perversão dos senti-

mentos de piedade e de probidade, que na sua fórma elementar constituem o minimo de senso moral indispensavel á vida collectiva.

Segundo as raças e os tempos, cada civilisação attinge um certo grau do que se chama *senso moral*, que não é senão o conjuncto das emoções altruistas dos homens que a formam. Nas sociedades modernas o minimo d'esse patrimonio affectivo, representa-o para cada individuo a repugnancia pelos attentados contra as pessoas e contra a propriedade (Garofalo).

Fig. 42.— Loucura moral com fraqueza d'espirito e delirio intermittente (estupro das proprias filhas).

Ora esse minimo póde deixar de ser attingido por *agenesia* ou suspensão evolutiva do cerebro, tratando-se então menos de uma *doença*, no sentido restricto do termo, que de uma *anomalia anthropologica*. É aos casos d'esta ordem (variedade congénita) que de direito cabe a designação feliz de *immoralidade constitucional*, creada por Tanzi.

Mas esse minimo de senso moral póde ter sido attingido e perder-se ulteriormente, mercê de lesões cerebraes destructivas. A estes casos, em que se trata, não de uma *anomalia*, mas de uma verdadeira *doença* (variedade adquirida), conviria de preferencia a designação de *moral insanity*, de que Prichard se serviu.

Seja como fôr, a expressão que adoptamos e que é a mais commum, está consagrada na terminologia psychiatrica para designar as duas ordens de casos.

A suspensão evolutiva do cerebro, que produz a loucura moral, póde ao mesmo tempo determinar um consi-

deravel deficit de intelligencia, como se observa na imbecilidade. Por outro lado, lesões cerebraes capazes de produzirem psychopathias irreparaveis, determinam concorrentemente a loucura moral, como se observa na idiotia e nas variadas fórmas demenciaes, — paralytica, senil, hemorrhagica e outras. Emfim, como vimos, a epilepsia idiopathica tem por syndroma psychico a loucura moral.

Concluiremos d'aqui, como têm feito alguns auctores (Weigandt), que a loucura moral não passa de um syndroma ?

Fig. 43.— Loucura moral (homicidio)

Parece-nos incontestavel que a suspensão do desenvolvimento psychico se póde realisar parcialmente, affectando o senso moral sem prejuizo sensivel das funcções intellectuaes. E' o que a observação clinica demonstra e o que se comprehende *à priori*, dada a falta de parallelismo, que muitas vezes se nota em individuos normaes, entre a evolução dos sentimentos altruistas e a das ideias. Ha loucos moraes de um nivel intellectual superior á média; e ha homens bons, eminentemente altruistas, mediocremente dotados de intelligencia. Por outro lado, lesões cerebraes circumscriptas podem implicar uma completa perda do senso moral sem interessarem a intellectualidade.

Assim, admittindo a existencia de uma loucura moral syndromica, não hesitamos em affirmar que ha uma figura nosologica do mesmo nome.

Etiologia.— A *hereditariedade* é a causa mais frequen-

te; os casos congénitos de loucura moral são d'ella exclusivamente tributarios.

Os *traumatismos craneanos* determinam os casos adquiridos.

A's vezes um *accesso delirante* vem pôr em flagrante evidencia uma loucura moral, de que só os intimos conheciam algumas attenuadas manifestações. Tal é o caso da fig. 43, representando um louco moral homicida, tendo praticado o crime sob a influencia de um delirio que occultava.

Symptomatologia. — A loucura moral manifesta-se por duas ordens de phenomenos: somaticos e psychicos.

SYMPTOMAS SOMATICOS. — Sob esta designação geral comprehendemos todos os phenomenos physicos, anatomicos e funccionaes.

Os primeiros, *estygmas degenerativos* ou *anomalias de conformação*, não têm a mesma importancia para todos os psychiatras. Ao passo que C. Lombroso e os seus discipulos procuram dar-lhes um grande relêvo, Tanzi relega-os a um plano subalterno, só concedendo valor aos symptomas de ordem psychica.

Ora, comquanto reconheçamos que os casos adquiridos da loucura moral se não acompanham ordinariamente de anomalias anthropologicas (o que facilmente se explica) e alguns dos congénitos podem existir sem ellas, reputamos infundada a affirmação de Tanzi, quando escreve: «Não é bem certo que os signaes anthropologicos sejam mais frequentes nos criminosos do que em outras cathegorias de homens». Referindo-se Tanzi n'esta passagem, não a todos os criminosos, mas aos criminosos-natos, que, como elle proprio diz, Lombroso «identificou com inteira razão aos loucos moraes», a proposição não póde ser acceite. Pela nossa parte, regeitamol-a em nome de cerca de trinta annos de clinica e de pratica medico-legal. Que esses

signaes possam faltar em alguns casos; que a presença de alguns d'elles não baste para assentar um diagnostico; que a sua origem atavica seja discutivel, eis o que não contestamos. Mas que esses «estygmas degenerativos que Lombroso e os seus adeptos reuniram e classificaram com tanto cuidado», na phrase mesma de Tanzi, não sejam mais frequentes nos loucos normaes ou criminosos-natos que nas outras cathegorias d'homens, é o que não podemos admittir em face da nossa experiencia pessoal.

Tratando da epilepsia, enumerámos os principaes estygmas degenerativos, o que nos dispensa de voltar ao assumpto n'este logar; de resto, d'elles fizemos menção tambem na primeira parte (Vid. pag. 123 e seg.).

Entre os symptomas *funccionaes* importa considerar a *expressão physionomica*, a *hypoalgesia*, a *deficiencia de reacção vasomotora*, o *aperto do campo visual*, o *mancinismo* e o *ambidextrismo*, a grande *agilidade* e a *rapidez da reacção reflexa*.

A *expressão physionomica* tem no louco moral ou criminoso-nato alguma coisa de antipathico e de repellente, que se descreve com difficuldade, mas se sente por uma sorte de instincto. Muitos annos antes do primeiro crime do celebre homicida Francesconi, a Condessa della Rocca, vendo-o, affirmou que, *se elle não era um assassino, viria a sel-o*. Um policia prendeu Troppmann por *suspeito*, quando nenhum facto o apontava ainda como o exterminador da familia Kinck. O envenenador Urbino de Freitas, professor de medicina, nunca inspirou aos alumnos senão um confuso sentimento de repulsão. O olhar, umas vezes truculento e vitreo, outras inquieto e desconfiado; a ausencia de eurythmia das linhas faciaes; a substituição do riso franco por um ricto cruel ou cynico, tudo isto concorre a provocar emoções de antipathia e ás vezes de mêdo. O *mau olhado* não é uma pura phantasia popular. Almas perversas, se as ferem no seu egoismo, exprimem assim todo um infinito desejo de vingança, que as circumstancias

de occasião obrigam a addiar. O *mau olhado* é a expressão da ameaça no grau intensivo que só o criminoso-nato póde imprimir-lhe; d'aqui o terror que provoca. O *ricanement*, sorte de riso voluntariamente abortado em que uma fenda obliqua, mostrando um dos caninos superiores, substitue a ampla abertura da bocca, é um mixto de maldade e desdem, que incommoda e perturba. Do *ricanement* de um louco moral que conheci de perto, dizia alguem que *gelava*. A falta de eurythmia acial, traduzindo-se por esgares, é repulsiva.

Fig. 44. — Loucura moral (envenenadora e ladra com hemianesthesia esquerda, estreitamento do campo visual e exagero consideravel dos reflexos tendinosos; duas evasões).

Não sem razão se creou em todas as linguas a expressão equivalente á de *face patibular* para traduzir a impressão de todos estes caracteres physionomicos.

A *hypoalgesia* é extremamente vulgar nos loucos moraes. A este symptoma de deficit attribue Lombroso não só a frequencia da tatuagem n'estes degenerados, mas a a extrema crueldade. Pelo que respeita á tatuagem, o modo de vêr de Lombroso parece-me apenas parcialmente verdadeiro; na frequencia com que á dolorosa operação se submettem os criminosos-natos devem collaborar com a hypoalgesia factores de ordem moral, como a imitação e talvez sentimentos estheticos rudimentares, que actuam sobre individuos normaes das classes inferiores. Quanto á influencia da hypoalgesia sobre a crueldade, penso que ella é soberana. A possibilidade de sentir as dôres dos outros é um motivo inhibitorio dos actos capazes de as provocarem; só póde ser friamente cruel, como o

louco moral, quem, por deficiencia de sensibilidade, não soffre de vêr soffrer.

A *deficiencia de reacção vasomotora* é um symptoma dos mais vulgares nos criminosos-natos ou loucos moraes, como experimentalmente o demonstrou Lombroso. Este symptoma explica a *falta de rubor*, a pallidez habitual d'estes degenerados.

O *estreitamento do campo visual* observa-se frequentemente, como na hysteria.

O *mancinismo* é de observação vulgar; em todas as linguas o scelerado se designa por uma expressão equivalente á de *typo sinistro*. Egualmente se observa com frequencia o *ambidextrismo congénito* ou aptidão natural a utilisar com a mesma facilidade a mão direita e a esquerda.

A *agilidade* dos criminosos-natos é por vezes *simiesca*. Ella explica um certo numero de evasões celebres das Penitenciarias e Manicomios Criminaes.

A *rapidez da reacção reflexa*, observada na grande maioria dos casos, permitte comprehender a impulsividade caracteristica d'estes degenerados.

Nas mulheres encontra-se frequentemente o typo masculino.

Symptomas psychicos. – Como dissemos no capitulo consagrado ás neuropsychoses, Lombroso, depois de ter feito a identificação indiscutivel do louco moral com o criminoso-nato, tentou ir mais longe, considerando estes typos simples modalidades da epilepsia. «Não pretendemos affirmar, escrevia o celebre professor, que a loucura moral seja uma epilepsia commum, nem que todas as epilepsias sejam loucuras moraes. O criminoso-nato é uma variedade do epileptico (epilepsia larvada); a differença reside mais especialmente no exagero das linhas. A epilepsia larvada é a fórma aguda da loucura moral e da criminalidade congénita. Os graus d'esta debilidade moral são multiplos:

da simples fraqueza de senso ethico, em que os doentes, comquanto tyrannisados pelo instincto do mal, têm consciencia da sua crueldade, chega-se á completa cegueira moral, em que são incapazes de comprehender a differença entre o mal e o bem.»

Esta identidade do louco moral com o epileptico não é geralmente admittida; e Tanzi faz á concepção de Lombroso uma critica severa, regeitando-a em nome de considerações pathogenicas de alto valor. «Quando, escreve Tanzi, Lombroso e os seus discipulos transportam o contingente masculino e feminino da criminalidade para o campo clinico da epilepsia, pensam n'uma nevrose de antigo typo, sem causa material e sem symptomas precisos, n'uma fórma degenerativa que, na sua indeterminação, é capaz de cobrir muitos anormaes e até alguns normaes.»

Assim é, rigorosamente; entretanto, não póde considerar-se um puro devaneio a synthese de Lombroso, porque todo um grupo de epilepticos (larvados ou psychicos) se caracterisa mentalmente por symptomas de loucura moral, embora mais salientes e de mais relêvo intensivo. Se é certo, pois, que nem todos os epilepticos são loucos moraes e que, reciprocamente, nem todos os loucos moraes são epilepticos, não o é menos que epilepsia e loucura moral confinam por um consideravel numero de symptomas psychicos. Estes symptomas são os que estudámos sob a designação de *estado mental* ou *caracter dos epilepticos*. Ao que ahi foi dito e que integralmente se applica á loucura moral, accrescentaremos apenas que *nas mulheres* se observa uma completa *ausencia de amor pelos filhos*, a quem inflingem os mais rudes castigos e de quem se separam sem emoção ao minimo pretexto.

Esta lacuna affectiva caracterisa melhor a loucura moral feminina que a *ausencia de pudor* e a desenfreada *luxuria*, que levaram Lombroso a integrar a prostituta na cathegoria dos criminosos-natos. Tanzi faz notar com razão que a *mulher polyandrica* (tanto a que se vende,

como a que se dá) póde não ser uma criminosa congénita, mas puramente occasional, mesmo quando a luxuria é n'ella precoce. De facto, a polyandrica é muitas vezes não só isenta de anomalias anthropologicas e de perversidade, mas formosa, e rica de sentimentos altruistas. Não assim a mulher em quem os sentimentos da maternidade não germinaram; falta-lhe por agenesia um caracteristico fundamental do sexo.

Isto não quer dizer, bem entendido, que entre as prostitutas não haja um typo de criminalidade congénita. Não o caracterisam, porém, os exageros de perversões sexuaes, mas os crimes que praticam e que podem relacionar-se ou não com as suas exigencias de temperamento. A louca moral é sobretudo ladra; e a homicida é, em regra, envenenadora (Agostini). Os signaes degenerativos d'ordem somatica encontram-se menos frequentemente na mulher do que no homem (Agostini); todavia, os caracteres secundarios da masculinidade estão longe de ser excepcionaes. A fig. 44 representa uma louca moral, envenenadora, ladra e beata, em quem são manifestos alguns d'estes caracteres.

Prognostico. — Na variedade *congénita*, é fechado a toda a esperança; na *adquirida*, podem realisar-se melhoras em relação com a marcha regressiva das lesões determinantes.

Diagnostico. — Importa distinguir a loucura moral emquanto syndroma da loucura moral emquanto anomalia ou doença.

Como syndroma não é senão uma das expressões clinicas por que uma dada psychose clinicamente se manifesta. Assim acontece na idiotia, na imbecilidade, nas demencias e nas intoxicações chronicas, de que a loucura moral é um aspecto entre muitos.

Emquanto anomalia (variedade congénita) ou em-

quanto doença tributaria de uma lesão cerebral circumscripta (variedade adquirida), a loucura moral é uma figura nosologica, e diagnostica-se pela inconfundivel symptomatologia psychica e somatica de que nos occupámos.

Tratamento.—E' exclusivamente *prophylatico* e *penal.*

PARANOIA

Monomania intellectual (Esquirol); loucura parcial (Baillarger); delirios systematisados primitivos; primäre Verrückteit (Griesinges); originäre Verrückteit (Snell); Wahnsinn; secundäre Verrückteit (Neumann); delirio de perseguições, typo-Lasègue; delirio de perseguições, typo-Morel; delirio de perseguições, typo-Falret; Verrückteit aguda (Westphal); delirio chronico (Gérente); delirio chronico de evolução progressiva (Magnan); Verwirrtheit; hallucinatoricher Wahnsinn; delirio de interpretação (Sérieux, Capgras); psychose systematisada progressiva (Régis); delirio dos degenerados (Régis); delirio de reivindicação (Séglas); delusional insanity (Hack Tuke, Bucknill); névrose vesanica (Maudsley); mattoidismo (Lombroso).

Historia.—Se não é difficil dar uma definição, clinica ou pathogenica, da Paranoia, é impossivel justifical-a sem fazer um resumo historico d'este conceito, que ainda hoje varía de extensão com os diversos auctores, como deixámos entrevêr, fallando da variedade paranoide da demencia precoce. Só assistindo á evolução de um conceito que, inicialmente symptomatico, se tornou pathogenico, primitivamente clinico veiu a ser anthropologico e enche toda a historia da Psychiatria desde Esquirol e Griesinger até hoje, dando logar ás mais apaixonadads discussões, se poderá comprehender intimamente, quer para a acceitar, quer para a regeitar, a definição que propomos.

Por isso, á maneira do que fizemos para a demencia precoce, cuja extensão e pathogenia não são ainda precisas e incontroversas, entraremos aqui n'uma ligeira exposição historica do assumpto.

Trabalhos francezes.—Na *monomania intellectual* de

Esquirol (1838), que elle definia um *delirio circumscripto, alegre ou triste*, e que corresponde á *melancolia* dos seus antecessores, está talvez o germe do conceito da Paranoia, por isso que lá se encontram os delirios systematisados; todavia, a noção de monomania intellectual é, como a da melancolia dos antigos, excessivamente imprecisa, porque, ao lado dos delirios protopathicos, se encontram incluidos n'ella os symptomaticos (o de grandezas dos paralyticos, por exemplo), que nada têm que vêr com a Paranoia.

Foi Lasègue (1852) quem pela primeira vez destacou do cahos da melancolia e da monomania o *delirio de perseguições*, que descreveu como figura autonoma, reconhecendo-lhe dois periodos evolutivos: um *de incubação*, consistindo n'um vago mal-estar inquietante, em que o doente se suspeita victima de hostilidades, cuja origem não sabe determinar: outro, *de estado*, em que o delirio definitivamente se installa pelo reconhecimento dos perseguidores: a policia, a maçonaria, o jesuitismo, etc.

No estudo da symptomatologia, Lasègue dá uma capital importancia ás *allucinações auditivas*, que, não sendo constantes, são todavia muito frequentes e as unicas observaveis na psychose.

Pathogenicamente considerado, o delirio nasceria da *necessidade logica* de explicar as sensações anormaes do periodo prodromico. O facto inicial seria, pois, uma perturbação emotiva; o delirio, phenomeno intellectual, viria depois e deductivamente.

Etiologicamente encarado, o delirio de perseguições surgiria sob a influencia de causas banaes, é certo, mas como *elemento pathologico novo* e não como exagero de uma prévia tendencia individual.

Morel (1853) fez notar que os perseguidos começam por ser hypocondriacos e acabam por delirar no sentido ambicioso; depois desenvolvendo esta ideia inicial, descreveu em 1860 sob o nome de *loucura hypocondriaca*

uma psychose cuja lenta evolução começaria no delirio hypocondriaco para attingir a demencia, passando successivamente pelos delirios de perseguições e de grandezas.

Foville (1869) descreveu sob o nome de *megalomania* um delirio de grandezas logicamente coordenado, associando-se a allucinações chronicas e, no seu periodo de estado, a ideias de perseguição. Considerando o que elle chama *loucura parcial* como fórma de alienação caracterisada pela presença de um delirio systematisado, pela ausencia de um estado habitual depressivo ou expansivo, pela existencia de perturbações sensoriaes e pela chronicidade, Foville integra n'ella, como especies, a doença de Lasègue e a megalomania, cujas relações, denunciadas por Morel, estuda n'uma interessante memoria. Segundo este auctor, na loucura parcial, feita de concepções delirantes e erros sensoriaes, estes dois elementos symptomaticos não apparecem sempre na mesma ordem. Umas vezes são as concepções delirantes as que surgem primeiro, sendo secundarias as illusões e allucinações (delirantes-allucinados); outras vezes, é a esphera sensorial a primeira affectada, surgindo ulteriormente as concepções morbidas (allucinados-delirantes). Ora a ordem de successão dos dois elementos morbidos não é indifferente: segundo Foville, o allucinado-delirante é, em regra, um perseguido que póde tornar-se um megalomano, ao passo que o delirante-allucinado é mais vezes um megalomano que póde vir a ter ideias de perseguição. A passagem de um delirio ao outro far-se-hia sempre *logicamente* e por processos deductivos, que a Lasègue tinham servido para explicar a transição do periodo prodromico ao periodo de estado do delirio de perseguições. Assim, o perseguido tornar-se-hia megalomano, raciocinando: *se me perseguem, é porque sou grande;* o megalomano tornar-se-hia perseguido, raciocinando: *se sou grande e não disfructo as minhas grandezas, é porque me perseguem.* Em casos raros o doente poderia entrar na megalomania, não pelo delirio de per-

seguições, mas directa e immediatamente por allucinações auditivas de caracter lisongeiro. Mas ainda n'este caso o delirio sería uma *construcção logica*, porque se faria na esphera consciente pela interpretação dos erros sensoriaes.

Foville regeitava a doutrina de Morel, segundo a qual o delirio hypocondriaco sería o ponto de partida da doença de Lasègue e da megalomania, porque só excepcionalmente o encontrára nos seus doentes.

Legrand du Saulle (1871), perfilhando as ideias de Lasègue e Foville, declarava o delirio hypocondriaco uma *complicação* apenas do delirio de perseguições. Este auctor notou a existencia, nos perseguidos, de allucinações auditivas *bilateraes*, de caracter differente, benevolas de um lado, hostis do outro, e salientou a tendencia dos perseguidos á formação de *neologismos*.

Retomando, para o completar, o estudo do delirio de perseguições, Lasègue (1870) reconheceu que elle comporta duas variedades: uma *passiva*, a mais commum e que em 1852 suppuzera unica, representada pelos perseguidos que apenas se defendem, mudando de logares, evitando o convivio, cosinhando os proprios alimentos, queixando-se ás auctoridades, etc.; e uma *activa*, muito menos frequente, representada pelos *perseguidos-perseguidores*, que luctam contra os seus suppostos inimigos, calumniando-os, prejudicando-os, aggredindo-os até. Mas o reconhecimento da variedade activa, importante no ponto de vista medico-legal, não alterou a construcção primitiva, que, enriquecida, subsistiu — etiologica, symptomatica e pathogenicamente a mesma.

J. Falret (1878) notou que os perseguidos activos ou perseguidos-perseguidores de Lasègue se dividem em duas cathegorias: uma comprehendendo os exemplares observados pelo seu predecessor e que só no modo de reacção differem dos perseguidos passivos; outra comprehendendo exemplares muito especiaes, que só se assemelham aos perseguidos passivos pelo delirio systematisado, mas que

d'elles se separam profundamente pela symptomatologia, porque não offerecem allucinações, pela evolução, porque nunca passam ao delirio ambicioso, pela etiologia, emfim, porque a sua historia ancestral não é a dos perseguidos communs, mas a dos degenerados hereditarios.

Os perseguidos-perseguidores d'esta ultima cathegoria representam, pois, uma especie nosologica nova. E assim a unidade do delirio de perseguições se quebrou em França.

Pottier (1886) desenvolvendo as ideias de Falret, insistiu sobre a ausencia de allucinações nos perseguidos-perseguidores, sobre os seus estygmas hereditarios, somaticos e psychicos, e sobre a falta de evolução progressiva do seu delirio, notando que estes doentes, muito orgulhosos, nunca attingem comtudo a megalomania. Pottier notou muito particularmente nos perseguidos-perseguidores, typo-Falret, a existencia de accidentes nervosos ou mentaes na puberdade e de accidentes cerebraes realisando-se a longos intervallos durante a vida inteira e sendo mesmo uma causa frequente de morte. Pottier notou ainda que a intelligencia, de ordinario muito viva, d'estes doentes, a sua grande actividade e o colorido verosimil do seu delirio, que não é radicalmente absurdo e não se apoia em allucinações, explicam a facilidade com que elles contagiam grande numero de individuos, que lhes acceitam as falsas concepções e por ellas se interessam. Os *litigantes* ou *processivos* e os *perseguidores-hypocondriacos* que hostilisam o medico assistente a quem attribuem os seus imaginarios males, constituiriam as principaes variedades dos perseguidos de typo-Falret.

Gérente (1883), retomando as ideias de Morel, sustentou que não existe um delirio hypocondriaco, um delirio de perseguições e um delirio ambicioso, mas o *delirio chronico*, de que elles não são senão phases evolutivas.

O delirio chronico, germinando n'um terreno here-

ditario especial, offereceria nos casos typicos uma successão regular de periodos, que Gérente reduz a tres; um de concentração dolorosa, um de expansão e um mixto, servindo de transição entre os dois. Se a doença se prolonga, um periodo terminal, representado pela demencia, póde surgir; certo é, porém, que muitos delirantes chronicos o não attingem.

O terreno hypocondriaco em que a nova entidade mergulha as suas raizes, é caracterisado por uma perversão dolorosa da sensibilidade mental, por uma *hyperalgesia psychica* determinando no doente uma auto-observação constante, uma sorte de habitual *ruminação* de estados physicos e moraes. Segundo Gérente, é, pois, como vira Morel, um hypocondriaco o futuro delirante chronico.

O primeiro periodo da doença é caracterisado por uma concentração dolorosa de espirito, determinada pelo mais leve incidente. D'essa attitude do Eu nascem as concepções hypocondriacas a que rapidamente succedem outras, tambem depressivas e variando com o grau de intelligencia, com a educação e com o meio social do doente: taes são as de antipathia e de hostilidade dos homens, dos poderes sobrenaturaes, dos sêres vivos da natureza, das grandes forças cosmicas, etc. E' então que surge o delirio persecutorio, em que representam um papel a maçonaria, a policia, os jesuitas, o diabo, os animaes, o magnetismo, a electricidade, o telephone, etc. Perturbações da sensibilidade geral e especial, sobretudo allucinações auditivas, dominam este periodo, que póde ser muito longo.

O periodo mixto, que é o segundo na ordem da evolução, caracterisa-se pelo apparecimento, entre as concepções depressivas, de ideias vagas de grandezas a que o futuro reserva um papel preponderante, mas que só timidamente surgem no tumulto doloroso do espirito como um pouco de sol atravez de nuvens espessas.

O ultimo periodo é marcado pelo dominio exclusivo

de ideias expansivas, que, vagas e esbatidas na phase da transição, acabam por encher a consciencia. E' n'este periodo que o *delirio ambicioso* se installa e se define com uma feição que varía, como na phase inicial da doença, com a intelligencia, a educação e o meio do delirante chronico, tomando um colorido ora mystico, ora humano (prophetico, de santidade, de riquezas, de nascimento, de grandezas sociaes, etc).

Esta lenta evolução póde cobrir dezenas de annos, ao fim dos quaes surge a demencia, que não é todavia fatal.

Esta é a marcha eschematica e typica do Delirio Chronico. Mas, clinicamente, observam-se casos frustes: assim a doença póde atardar-se no primeiro periodo, reduzindo-se ao delirio hypocondriaco ou de perseguições; póde do delirio mixto despenhar-se o doente na demencia, sem passar pelo delirio ambicioso exclusivo; póde, emfim, do delirio de grandezas regressar o vesanico ao delirio de perseguições.

Como se vê, esta *synthese clinica* revive as ideias de Morel: os delirios circumscriptos ou parciaes não são entidades morbidas, mas phases ou momentos evolutivos de uma unica psychose de caracter degenerativo. O Delirio Chronico de Gérente é a Loucura Hypocondriaca de Morel.

Magnan (1887) estudou sob a designação de *Delirio Chronico de evolução systematica* uma psychose que tem com a synthese de Morel e de Gérente, seu discipulo, similhanças notaveis, mas que d'ella se afasta em pontos essenciaes.

O Delirio Chronico de Magnan, comportando quatro periodos distinctos — o *de incubação*, o *de perseguições*, o *ambicioso* e o *demencial*, reduz, como o de Gérente, a simples momentos ou estadios da sua evolução os delirios persecutorio e megalomano, antes descriptos como entidades morbidas. Para Magnan, como para Gérente e

Morel, desapparecem como doenças o delirio de perseguições, descripto por Lasègue, e a megalomania, estudada por Foville; uma unica psychose os integra e assimilla como syndromas evolutivos. Entretanto, ao passo que Gérente faz do delirio hypocondriaco uma phase do Delirio Chronico, Magnan regeita-o da sua synthese; ao passo que Gérente dá á sua psychose um caracter degenerativo, Magnan pensa que o Delirio Chronico de Evolução Systematica affecta individuos sem antecedentes hereditarios e não tendo apresentado até á eclosão da doença estygmas physicos ou mentaes da degenerescencia; emfim, ao passo que Gérente admitte a possibilidade clinica de uma infracção á ordem por que eschematicamente menciona e descreve os periodos da sua psychose, Magnan affirma que é sempre a mesma e irrevogavel a evolução dos periodos do seu Delirio Chronico, de sorte que estão fóra d'elle os perseguidos sem periodo de incubação, os megalomanos sem antecedentes persecutorios e os que se tornam perseguidos. Estes delirantes *irregulares* são degenerados, que Magnan considera representantes dos *delirios polymorphos* ou *delirios d'emblée.*

Pela penna dos seus discipulos estabeleceu o medico de Sant'Anna entre o Delirio Chronico e os delirios polymorphos um verdadeiro contraste, procedente não só da etiologia e da evolução, mas das relações entre os conceitos morbidos e os erros sensoriaes.

Assim, Legrain (1886) affirmou que no Delirio Chronico de Magnan as allucinações precedem as ideias delirantes, ao passo que nos delirios polymorphos acontece precisamente o contrario. Nos delirantes chronicos os erros sensoriaes seriam primitivos e sobre elles se construiriam os conceitos falsos; nos delirantes polymorphos, os erros conceptuaes seriam os primitivos e d'elles derivariam as allucinações.

Todavia, Magnan (1893) rectificou este modo de vêr, sustentando que no Delirio Chronico de Evolução Syste-

matica as allucinações auditivas são secundarias, surgindo como *signaes representativos* ou *imagens auditivas* das ideias delirantes.

Régis (1892) fez sob o nome de Loucura Parcial, que ulteriormente substituiu pelo de *Psychose Systematisada Progressiva*, uma synthese clinica similhante ao *Delirio Chronico de Evolução Systematica* de Magnan.

Ao periodo que o eminente clinico de Sant'Anna denomina de *incubação* ou *de inquietude*, chamou Régis *de concentração analytica* ou *de analyse subjectiva;* ao que Magnan denomina *de perseguições*, chamou Régis *de explicação delirante;* emfim, ao que Magnan designa pelo nome de *ambicioso*, chamou Régis *de transformação da personalidade*. Reconhecendo que a Psychose Systematisada Progressiva implica uma particular predisposição congénita e rompe *sob a influencia da menor causa*, não a considerou todavia de base degenerativa, no que acompanha ainda Magnan. De resto, como este psychiatra, o professor de Bordeus só considera degenerativos os delirios *d'emblée*, que estuda sob a designação suggestiva de *delirios dos degenerados*. Entretanto, elle não estabelece entre estes delirios e a Psychose Systematisada a radical opposição e incompatibilidade absoluta que Magnan estabelece entre os *delirios d'emblée* e o Delirio Chronico, antes admitte que os degenerados podem fazer uma Psychose Systematisada, cuja evolução regular alteram, quer pela inversão dos periodos, quer pela presença de *remissões*, que nunca têm logar na Psychose typica.

Séglas descreveu um *delirio de auto-accusação systematisado primitivo* e Arnaud um *delirio hypocondriaco systematisado.*

Sérieux e Capgras (1902-1909) descreveram sob o nome de *Delirio de Interpretação* «uma psychose systematisada chronica tendo por base interpretações delirantes, desenvolvendo-se progressivamente nos predispostos, sem intervenção notavel de perturbações sensoriaes e cuja longa evolução não conduz á demencia».

As ideias que constituem o contheudo d'esta psychose, podem ser hypocondriacas, eroticas, mysticas, de perseguição, de grandezas e de ciume, e o desenvolvimento da sua systematisação é extremamente longo, não implicando nunca a transformação da personalidade morbida, nem a perda de uma inteira lucidez. As allucinações ou não existem ou apenas apparecem episodicamente sob a fórma verbal e são sempre *secundarias*.

Não se baseando sobre erros dos sentidos, mas sobre falsas interpretações de factos reaes e sendo compativel com uma grande vivacidade intellectual, o Delirio de Interpretação é extremamente *contagioso;* verosimil e defendido com energia e logica, é facilmente acceite e perfilhado pelos que privam com o doente.

Esta psychose é peculiar dos degenerados, mas distingue-se profundamente dos delirios polymorphos ou degenerativos de Magnan, porque, emquanto n'estes ha sempre multiplicidade de ideias delirantes, no Delirio de Interpretação uma *ideia delirante unica, fixa, dominadora e intransformavel* preside a toda a evolução da doença; além d'isto, ao passo que nos delirios polymorphos a evolução é, as mais das vezes, aguda, no Delirio de Interpretação, ella é sempre chronica.

A ausencia ou contingencia das allucinações, o caracter verosimil do romance morbido, construido unicamente por interpretações falsas de factos incontroversos, o caracter degenerativo, a chronicidade da marcha, a contagiosidade e a não terminação pela demencia approximam o Delirio de Interpretação do delirio dos perseguidos-perseguidores ou delirio de perseguições, typo-Falret, tambem chamado por Séglas e outros *delirio de reivindicação*. Todavia, Sérieux e Capgras pretendem que delirio de interpretação e delirio de reivindicação são psychoses diversas, que não devem confundir-se — mesmo quando o interpretante reage violentamente, á maneira do perseguidor, por aggressões pessoaes ou por pleitos

judiciarios. A base do diagnostico differencial sería esta: «O delirio d'uns (perseguidores, reivindicantes) repousa sôbre uma *ideia obsessiva*, que se impõe cada vez mais ao espirito sem adjuncção necessaria de verdadeiras *interpretações delirantes;* o delirio dos outros (interpretantes), ao contrario, systematisa-se lentamente, graças a interpretações multiplas. No perseguido-perseguidor é a um facto exacto, mas ampliado pelas tendencias naturaes do individuo, que se deve a eclosão das ideias obsessivas, que têm sob a sua dependencia todos os actos do doente; e tanto assim que certos perseguidores, collocados nas fronteiras da loucura, não são propriamente *delirantes*, mas *obsediados*. Actuam muito mais do que deliram. Os interpretantes deliram muito mais do que actuam; e, se por vezes as reacções parecem exceder n'elles as concepções delirantes, devemos notar que as suas frequentes reticencias occultam muitas vezes ao observador um systema vesanico bem organisado».

Contrariamente a este modo de vêr, Deny, Camus, Dupré (1906-1907) e Wallon (1909), reunem o delirio de reivindicação ou processivo ou dos perseguidos-perseguidores ao dos interpretantes na constituição do que chamam a *Paranoia legitima*.

Mas já n'esta altura a originalidade dos trabalhos francezes inteiramente se perde e tudo começa a ser na patria de Lasègue uma copia lamentavel e servil das doutrinas de Kraepelin.

E' tempo, pois, de nos voltarmos para a Allemanha.

Trabalhos allemães. — Griesinger (1845) descreveu sob o nome de *Verrückteit* os delirios limitados e circumscriptos que Lasègue e Foville annos depois haviam de estudar como entidades nosologicas, notando a frequencia das allucinações auditivas, *que muitas vezes entretêm o delirio*, as transformações pessoaes dos doentes atravessando uma phase persecutoria e uma phase ambiciosa, emfim,

a tendencia aos neologismos, a um vocabulario especial e privativo.

Mas a concepção pathogenica da *Verrückteit* é inteiramente diversa da estabelecida para a *loucura parcial* pelos psychiatras francezes: com effeito, emquanto estes reputavam fórmas primarias ou protopathicas o delirio de perseguições e a megalomania, Griesinger considerava a *Verrückteit* como secundaria e *sempre* consecutiva á mania ou á melancolia, de cujos *residuos* seria constituida. A *Verrückteit*, formada á custa de ideias delirantes da mania ou da melancolia, tornadas chronicas e já desprovidas da exaltação ou da depressão do peroido agudo, seria um *estado secundario* e mesmo um *estado de enfraquecimento psychico*, sorte de prefacio da demencia.

Albers e Spielmann (1852) seguiram na ordem de ideias de Griesinger, considerando a *Verrückteit* uma *cura incompleta* da mania ou da melancolia; e Neumann (1859) definiu-a tambem uma *cura com perda de intelligencia*, isto é, um estado secundario e predemencial da mania ou da melancolia chronicas.

Mas Snell (1865), baseando-se em casos de observação pessoal, descreveu sob o nome de *Wahnsinn* uma fórma de loucura essencialmente caracterisada pela apparição *primitiva* de estados allucinatorios e ideias delirantes de contheudo expansivo, depressivo ou mixto, correspondendo ás descripções da *Verrückteit* de Griesinger e dos delirios de perseguições e ambicioso dos auctores francezes. Sempre chronica, a *Wahnsinn* de Snell não conduziria nunca á demencia.

Acceitando estas ideias, Griesinger (1867) penitenciou-se da excessiva e precipitada generalisação das suas opiniões pathogénicas, acabando por admittir, ao lado de uma *Secundäre Verrückteit*, uma *Primäre Verrückteit*, equivalente ao *Wahnsinn* de Snell.

Sander (1868), perfilhando as ideias de Snell, auctorisadas pela adhesão de Griesinger, descreveu como varie-

dade da *Primäre Verrückteit* uma *Originäre Verrückteit*. Segundo elle, os delirantes, perseguidos ou megalomanos, d'este grupo seríam desde a infancia taciturnos, mysanthropos, romanticos, onanistas, n'uma palavra, congénitamente doentes. Sander nota que é na puberdade que a *Originäre Verrückteit* faz explosão, que ella tem tendencias á evolução remittente, e que a demencia está longe de ser a sua terminação.

Westphal (1878) desenvolveu as ideias dos seus antecessores, insistindo na origem protogénica da Paranoia, em que a perturbação ideativa é o facto inicial, independente de estados emotivos precursores, na falta de tendencias d'esta psychose para a demencia, e, por fim, no papel das allucinações, que, sendo frequentes, podem todavia faltar.

Alargando a area da Paranoia, o professor de Vienna integrou no seu quadro clinico as *obsessões*, não porque ellas offereçam a marcha das ideias delirantes systematisadas, mas porque têm, como estas, uma origem primitiva e expontanea; e assim, para designar a loucura obsessiva creou o termo de *Paranoia abortiva* ou *rudimentar*, acceite por uns, regeitada por outros.

Mas no que Westphal se distanciou notavelmente dos seus predecessores, foi na admissão de uma *variedade aguda* da Paranoia, caracterisada, segundo elle, pela subita e primitiva eclosão de allucinações, sobretudo auditivas, acompanhando-se de ideias de perseguição e de grandeza e levando o doente quer á incoherencia com impulsos, quer ao estupor, quer a estados catatonicos.

Fritsch (1878) insistiu nas relações entre as ideias delirantes nas Psychoses Affectivas e na Paranoia. Ao passo que nas primeiras, os conceitos falsos se podem considerar *tentativas de explicação* das emoções, na Paranoia elles são primitivos. Este psychiatra regeita a fórma *aguda* de Westphal, lançando os casos clinicos descriptos como taes á conta de *asthenia cerebral*.

Schaefer (1879) desenvolveu as ideias de Westphal,

pondo em relêvo a importancia das allucinações na Paranoia. São ellas, segundo este auctor, que pela sua frequencia e diuturnidade falseiam o juizo do paranoico e acabam por n'elle abolir o *senso critico*. Schaefer admitte a fórma *aguda*, estudada por Westphal.

Merklin (1879) descreveu pela primeira vez na Allemanha o *delirio processivo*, de que fez uma variedade da Paranoia.

Krafft-Ebing (1879) fez um largo e profundo estudo da Paranoia, que considerou uma *degenerescencia psychica*, fundado em tres ordens de considerações: a génese da psychopathia, a sua evolução e os antecedentes dos paranoicos.

Pelo que respeita á génese, tudo conspira em favor da constitucionalidade da Paranoia, que apparece sem obnubilação da consciencia, antes com plena integridade das fórmas de raciocinio, e sem alteração fundamental dos affectos, quer dizer sem depressão ou exaltação prévias. Não procedendo do exterior, nem de emoções preexistentes pelo mecanismo psychologico de reflexão, as ideias delirantes vêm do inconsciente e impõem-se ao espirito paranoico do mesmo modo por que se lhe impõem os erros sensoriaes. Um *excesso de subjectivismo* e uma radical *ausencia de senso critico*, factores endogénes, são as origens unicas da Paranoia.

Pelo que respeita á evolução, Krafft-Ebing nota que ella não conduz á demencia e que é essencialmente *chronica* e perpetua.

Emfim, considerando a historia dos paranoicos, o eminente professor de Vienna notou que todos elles, (originarios de Sander ou não), se affirmam desde sempre desequilibrados e candidatos á loucura, de sorte que a psychose é antes a *hyperthrophia* do caracter preexistente do que um accidente morbido, marcando um contraste decisivo com um pretendido estado normal.

Krafft-Ebing descreveu uma Paranoia *persecutoria*

com um subgrupo *processivo*, e uma Paranoia *ambiciosa* com duas variedades, *religiosa* e *erotica*. Todas estas fórmas podem existir isoladamente, coexistir ou succeder-se no mesmo doente.

Krafft-Ebing regeitou a *Paranoia aguda* de Westphal, lançando os casos que este psychiatra descrevia como taes para um grupo das psychonevroses ou psychoses accidentaes que chamou *Hallucinatoricher Wahnsinn* (delirio sensorial).

Scholz (1880) insistiu sobre as ideias de Krafft-Ebing, regeitando, como elle, a *Paranoia aguda*, cujos pretendidos casos incluiu no *Delirio asthenico*.

Jung (1882) considerou, como Krafft-Ebing, a Paranoia uma degenerescencia psychica, insistindo sobre a diversa origem dos delirios na Paranoia e nas psychoses accidentaes, depressiva e expansiva, que estudámos sob a designação de *Psychoses Affectivas*.

Kraepelin (1883) considerou a Paranoia uma expressão de *invalidade psychica* e, portanto, uma doença fundamentalmente *constitucional*. O paranoico tem uma *comprehensão egocentrica do mundo*. Mas não são sómente as relações do Eu com o mundo externo que na Paranoia se perturbam; perturbam-se tambem as relações do Eu com o organismo. Assim, ao lado das fórmas *persecutoria* e *ambiciosa* da Paranoia, admittidas por Krafft-Ebing, descreve Kraepelin uma fórma *hypocondriaca*.

Ao contrario de Krafft-Ebing, Kraepelin separava da Paranoia o *delirio processivo*, considerando-o antes uma fórma de *loucura moral*. Para fazer esta separação, Kraepelin invocava duas ordens de argumentos: de um lado, a ausencia de allucinações nos litigantes; do outro, a incapacidade d'estes psychopathas para se elevarem á noção objectiva de direito, o que denuncía uma suspensão do desenvolvimento mental nos dominios ethicos, analoga á que caracterisa os delinquentes.

Kraepelin regeitou a fórma *aguda* de Westphal. Os

casos clinicos estudados sob esta designação, pertenceriam, segundo elle, quer á *Hallucinatoricher Verwirrtheit*, psychose de esgotamento, quer á *Hallucinatoricher Wahnsinn* ou *delirio sensorial*.

Tuckzek (1883) insistiu nas ideias de Kraepelin ácerca da Paranoia hypocondriaca. No paranoico encontram-se alteradas constitucionalmente todas as relações do Eu com o não-Eu, isto é com o mundo exterior, com a sociedade e com o proprio corpo, d'onde as allucinações, as ideias delirantes de perseguição e de grandeza e os conceitos hypocondriacos. Assim, com Kraepelin, Tuckzek admittia ao lado da Paranoia persecutoria e ambiciosa a hypocondriaca.

Mendel (1883) fez um frio acolhimento á ideia da degenerescencia paranoica introduzida por Krafft-Ebing. Para Mendel só é degenerativa a fórma originaria de Sander.

Mendel regeitou tambem a ideia da *paranoia abortiva* de Westphal, procurando pôr em relêvo as differenças entre *obsessões* e *ideias delirantes*. Mas admittiu a fórma *aguda*.

Salgò (1886), ao contrario de Mendel, approxima das obsessões as ideias delirantes dos paranoicos, notando que ellas têm a mesma génese, porque vêm do inconsciente e repousam sobre um fundo constitucional de *fraqueza de espirito*, no sentido do que outros chamam *invalidade psychica* ou *ausencia de senso critico*. Salgò admitte, pois, como Westphal, uma *paranoia abortiva*.

Schüle (1886) só considera degenerativas as fórmas *originaria* e *processiva* da Paranoia, descrevendo-as no grupo das Psychoses Hereditarias, entre as obsessões e a loucura moral.

Este psychiatra esforça-se por sustentar a legitimidade nosologica da *paranoia aguda*. Reconhece, é certo, que entre esta e a Paranoia chronica as differenças symptomaticas e de marcha são profundas, porque, emquanto na

fórma chronica as allucinações são contingentes, falliveis e sempre *secundarias* relativamente ás perturbações ideativas, e emquanto a sua marcha é chronica e não leva á demencia, na fórma aguda as allucinações são primitivas e fornecem o thema do delirio, sendo a doença curavel umas vezes ou acabando, outras, pela demencia. Schüle reconhece ainda que, emquanto na Paranoia chronica as perturbações affectivas são precarias, insignificantes e derivadas, como reacção, do contheudo das ideias delirantes, na Paranoia aguda ellas são constantes, importantissimas e primitivas, compromettendo o curso das ideias, que umas vezes se exagera até á *fuga* e outras se afrouxa até á suspensão. Emfim, Schüle reconhece que o contheudo das ideias delirantes, persecutorio e ambicioso, invocado por Mendel para identificar as fórmas chronica e aguda da Paranoia, não é sufficiente. Entretanto, pensa que todas as differenças, por elle proprio postas em relêvo, existem apenas nos casos extremos e typicos das duas fórmas, havendo casos de transição em que ellas se esbatem. Assim, Schüle tenta a identificação das duas fórmas sobre o terreno da evolução, affirmando que dos casos agudos aos chronicos da Paranoia e d'estes áquelles a transição se póde fazer insensivelmente.

O quadro da Paranoia ampliar-se-hia n'esta ordem de ideias até tornar-se, como Schüle affirma, o maior e mais vasto da psychiatria.

Meynert (1890) estuda a Paranoia como um exagero ou hyperthrophia dos sentimentos normaes de defeza e conquista, que nos levam ao receio e ao dominio das forças da natureza. O exagero do sentimento de defeza daria o *delirio de perseguições*, como o exagero do sentimento de conquista daria o *delirio ambicioso*. E porque os dois sentimentos, na apparencia antinomicos, mas no fundo conciliaveis e conduzindo á conservação do individuo e da especie, coexistem na realidade, coexistem e associam-se tambem os delirios de perseguições e de grandezas.

O exagero paranoico dos sentimentos de conquista e defeza sería o resultado de *estimulos bulbares* ou subcorticaes. Por virtude d'elles, o doente sentiria mais fortemente a propria personalidade; e esta emoção intensa, associando-se a todas as percepções, crearia um estado particular de consciencia no qual tudo sería interpretado *egocentricamente*.

Com o exagero dos estimulos bulbares coincidiria um processo atrophico do cortex. Assim, uma *hyperesthesia psychica* e uma *diminuição do senso critico* seriam a essencia da Paranoia.

Representante da escola anatomopathologica, Meynert procura nas lesões a base e o criterio da classificação nosologica. Assim, a degenerescencia, elemento d'ordem causal, não o interessa; a noção de uma etiologia hereditaria da Paranoia, evidenciada por Krafft-Ebing, é para elle sem importancia.

Meynert regeita a fórma aguda, considerando que os casos descriptos sob esta designação pertencem á *Amencia* ou confusão mental asthenica.

A Paranoia *secundaria*, esquecida ou considerada, depois dos trabalhos de Snell, um simples estado predemencial, a que só por força da tradição se dá um nome que lhe não compete, foi admittida pelos que acceitam a Paranoia *aguda*.

Kraepelin (1906), modificando as suas anteriores ideias sobre o delirio dos perseguidos-perseguidores ou delirio de reivindicação, que em 1883 destacára da Paranoia, integra-o n'esta, que, segundo a sua actual opinião, sería formada exclusivamente pelos delirios chronicos, não allucinatorios, de base interpretativa. Na ultima edição do seu Tratado de Psychiatria, depois de ter examinado os delirios mais ou menos systematisados que surgem sobre um fundo de debilidade psychica e que elle integra na Demencia Precoce e nas fórmas senis da loucura, Kraepelin escreve: «Ha indubitavelmente um grupo de

casos em que as representações delirantes formam, senão o unico, pelo menos o preponderante caracter morbido: n'elles costuma desenvolver-se *muito lentamente um systema delirante duradouro, immutavel, junto a uma perfeita conservação da lucidez, como da ordem nas ideias, na vontade e nas acções*. Para estas fórmas reservaria eu o nome de Paranoia. Ellas conduzem necessariamente a um profundo desvio (Verrückung) do ponto de vista que o doente adopta ácerca das pessoas e dos factos ambientes». Em seguida insiste no caracter contingente dos erros psychosensoriaes, que podem faltar absolutamente ou que são muito raros.

Entretanto, Kraepelin admitte que em certos casos «numerosas allucinações, sobretudo do ouvido e do olfato, acompanham por longo tempo o curso da doença»; de resto, elle admitte tambem «a existencia de visões nocturnas: estrellas, figuras resplendentes, apparições divinas».

A Paranoia, tal como Kraepelin e os seus discipulos a entendem, não comporta, pois, senão delirios de interpretação, que elle oppõe aos allucinatorios. As variedades da Paranoia seriam o *delirio de perseguições* com ou sem ideias de grandeza, o *delirio erotico* e o *delirio processivo*.

Contestando que a demencia seja a terminação da Paranoia, Kraepelin escreve, todavia: «Só no decurso de alguns decennios costuma manifestar-se uma debilidade psychica de lento progresso e uma diminuição da actividade intellectual, ao passo que o systema delirante gradualmente se amplia».

Segundo Kraepelin a Paranoia sería representada por menos de 1 $^0/_0$ das admissões, e sería mais frequente no homem que na mulher.

Kraepelin insiste sobre um importante symptoma, pouco estudado todavia pelos psychiatras que se têm occupado da Paranoia: as *falsificações da memoria*. Os paranoicos affirmam, como certos, factos mais ou menos remotos, que não são senão productos da sua phantasia.

Estas paremnesias seriam muitas vezes tomadas erradamente como allucinações.

Kraepelin não menciona a proposito da Paranoia o *delirio de ciume*, que parece reduzir a um syndroma da demencia precoce, do alcoolismo e das psychoses senis. Hitsig, porém, faz d'elle uma variedade do delirio processivo. Weigandt parece inclinar-se ao modo de vêr de Kraepelin.

Trabalhos italianos. — Tanzi e Riva (1884) fizeram da Paranoia um estudo cheio de originalidade. Para estes psychiatras os delirios, ainda quando primarios, systematisados, chronicos e sem terminação demencial, constituem apenas manifestações contingentes, embora communs da Paranoia, que é uma *anomalia atavica da intelligencia*, um excesso de subjectivismo alterando fundamentalmente as relações do individuo com o seu meio cosmico e social. Lucido bastante para apreciar as coisas e os homens nas suas relações objectivas, o paranoico, desde que a sua personalidade é posta em jogo, vê tudo erradamente, como por interposta lente deformante. O Eu, medida de todas as coisas, é n'elle um instrumento infiel e falso, que vicía as que directamente o interessam. A *egocentricidade*, que importa não confnndir com o egoismo, é o essencial *desvio* do Eu paranoico. Traduzindo-se as mais das vezes por um delirio persecutorio, ambicioso ou erotico, esse desvio póde não ir além da ideação chimerica dos *mattoides* de Lombroso, dos portadores do *temperamento vesanico* de Mausdeley, dos habitantes das *fronteiras da loucura*, de Moreau. E assim é que Tanzi e Riva descreveram uma *Paranoia indifferente*, que nenhum delirio systematisado caracterisa.

A Paranoia não é uma *doença*, mas uma *anomalia*, uma verdadeira *degenerescencia intellectual;* não é a *psychose systematisada dos francezes*, nem a *Verrückteit* dos allemães, mas a fórma ideativa de um *atavismo psychico*,

a denuncia de uma *regressão intellectual*, congénita. Com os francezes e os allemães, a Paranoia é um conceito *medico;* Tanzi e Riva dão-lhe um caracter *anthropologico*. O paranoico é, antes de tudo, um sêr *anachronico*, um primitivo, um contemporaneo mental das epochas remotas; a sua mesma *egocentricidade* é uma revivescencia do passado humano.

A documentação d'este ponto de vista é das mais abundantes.

Os dois auctores notam, em primeiro logar, que as concepções chimericas dos paranoicos constituem para elles verdadeiros *artigos de fé*, absolutamente inabalaveis, a despeito, por um lado, da evidencia dos factos, que as contradicta, e da realidade das coisas, que as choca, e, por outro, da persistencia de uma inteira lucidez na apreciação das relações objectivas dos phenomenos e dos sêres concretos. Esta crença indestructivel, sem obnubilação do espirito, em productos meramente subjectivos, tem o caracter theologico da adhesão incondicional aos dogmas religiosos. Sob este ponto de vista, a alma do paranoico é identica á alma religiosa dos primitivos adorando os deuses que crearam e acreditando como revelações os productos chimericos do proprio espirito, cheio de pavôr em face da natureza. De resto, um mesmo processo de *anthropomorphisação* das forças universaes domina o cerebro religioso dos primitivos e do paranoico.

Notam em segundo logar os dois psychiatras italianos que o delirio paranoico de perseguições representa uma phase de *lucta* humana, incompativel com o actual reconhecimento das garantias individuaes; esse delirio é em si mesmo um documento de atavismo. Accrescentemos que o mesmo póde dizer-se do delirio paranoico de grandezas, reflexo do velho erro *anthropocentrico*, coevo, por seu turno, do erro *geocentrico*, um e outro nascidos de um subjectivismo indisciplinado e ingénuo, que só a alma barbara e a alma paranoica podem hoje comportar.

O delirio erotico dos paranoicos é ainda, no dizer dos dois psychiatras, a revivescencia actual de uma phase religiosa e romanesca do passado, largamente documentada nos livros mysticos e de cavallaria.

Emfim, o *symbolismo*, o *allegorismo*, e os *neologismos* em que as palavras revestem um poder objectivo, uma efficacia de verdadeiras energias efficientes, e, em regra, os meios de *defeza* e de *expressão*, de um subjectivismo interpretativo, não fazem senão documentar a origem atavica da Paranoia.

Como se vê, para os dois eminentes psychiatras italianos a Paranoia é, pathogenicamente, um *anachronismo ideativo*, uma *regressão intellectual*, uma *anomalia atavica*. Caracterisando-a no ponto de vista psychiatrico, os dois auctores affirmam que ella «se acompanha quasi sempre de allucinações e ideias delirantes permanentes, mais ou menos organisadas em systema, mas independentes de qualquer causa occasional constatavel ou de qualquer condição morbida emotiva; que tem uma evolução nem sempre uniforme e contínua, mas essencialmente chronica; e que, em geral, não tende por si mesma para a demencia.»

Tonnini (1887) retomou o estudo da Paranoia secundaria, dando-lhe uma feição inteiramente nova. Ella não é, com effeito, para este psychiatra a Secundäre Verrückteit dos allemães, — um delirio systematisado feito á custa de residuos conceptuaes da mania e da melancolia, um estado preterminal d'estas psychoses na sua marcha para a demencia, mas uma fórma hybrida, participando dos caracteres das psychoses accidentaes e da degenerescencia. «A Paranoia secundaria, dizia Tonnini, é uma psychopathia que se affirma por delirio e caracter paranoico mais ou menos accentuados sobre um fundo de debilidade mental invasora, como terminação de uma psychose que, desarranjando o equilibrio de um cerebro já de si invalido, reforça o processo degenerativo, abreviando-lhe a evolução e concentrando n'um mesmo individuo os caracteres de

uma série pathologica.» Por outros termos ainda: «A Paranoia secundaria sería o resultado tardio de uma predisposição, apressado por uma doença mental qualquer, as mais das vezes de base affectiva.»

Segundo este modo de vêr, a psychose inicial não faria senão provocar a maturação de uma hereditaria tendencia paranoica, nativa e pouco accentuada, que, sem élla, não evolucionaria completamente.

Determinando n'um hereditario um abaixamento da potencia critica e introduzindo n'elle o elemento allucinatorio, a psychose inicial conduziria ao seu pleno desenvolvimento uma latente disposição paranoica.

Del Greco, Ferrari, Bianchi e Nina Rodrigues (1897-1901) atacaram vivamente a origem atavica da Paranoia, baseados principalmente sobre a não-primitividade das ideias delirantes, que teriam as suas raizes nas emoções de *mêdo*, de *ambição* e de *amôr*, communs a todos os homens, assim remotos e barbaros como contemporaneos e cultos. Da preponderancia individual d'essas emoções de todos os tempos, procederiam as ideias de perseguição, de grandeza e eroticas, sabido thema dos delirios paranoicos mais bem conhecidos. O tempo passa e as gerações succedem-se sem que se destruam no espirito humano estas fundamentaes emoções e sem que no ambiente social cessem de existir, perpetuadas pelas religiões, as crenças a que dão origem, e de que são objecto Deus, o Diabo, os Santos, as Almas.

As ideias delirantes não existem preformadas no espirito paranoico, á maneira de cellulas embryonarias que não poderam transformar-se em tecido especifico e n'um dado momento envolvem e destroem, sob a fórma de cancro ou de sarcoma, um orgão em que esse tecido se desenvolve (Bianchi). Para que invocar então o atavismo?

Esta argumentação parece-nos improducente. Nenhum dos auctores que affirmaram a primitividade dos conceitos

delirante na Paranoia teve jámais a ingenuidade de acreditar que elles existem preformados no espirito á maneira das *ideias inatas* de Platão e sem relações com a emotividade; ao contrario, todos reconheceram no paranoico um sêr profundamente desconfiado e orgulhoso, egocentrico e autophylico. Krafft-Ebing insistiu sobre a *hypertrophia da personalidade* paranoica, só affirmando a primitividade dos delirios systematisados no sentido de que elles não procedem de anteriores estados maniacos e melancolicos, como ainda ao tempo admittiam alguns allemães tradiccionalistas; e Meynert, citado por Bianchi entre os defensores da primitividade dos delirios systematisados, é precisamente o auctor que primeiro pôz em relêvo as intimas relações pathogénes que ligam as ideias de perseguição e de grandeza aos sentimentos defensivos e de conquista, ás emoções de mêdo e de ambição. Por seu turno Tanzi e Riva, definindo a Paranoia uma anomalia psychica, estão tão longe de vêr n'ella uma isolada manifestação ideativa que chegam a affirmar, como vimos, a contingencia do delirio.

Só na infancia da psychologia foi possivel conceder ás funcções e productos intellectuaes a prioridade sobre as funcções e productos emotivos; ora não estão, decididamente, n'essa phase primitiva da sciencia os altos espiritos que viram na Paranoia uma revelação de atavismo. O que acontece é que não foram comprehendidos.

Affirmando a primitividade de uma ideia pathologica, obsessiva ou delirante, nenhum psychiatra medianamente instruido pretende que ella surgiu desligada e independente dos sentimentos, que são a trama fundamental da personalidade, os essenciaes elementos constitutivos do espirito, o *humus de que tudo na ordem do pensamento reponta*, como escrevemos n'*A Paranoia*. A primitividade entende-se em relação á *consciencia* do doente: não é objectiva, mas subjectiva. Por outros termos: a ideia não é primitiva, porque nasça sem antecedentes emotivos, mas porque a consciencia em que ella irrompe n'um dado momento,

desconhece a sua génese. Por outra fórma ainda: a ideia morbida delirante é primitiva na Paranoia, porque não deriva de sensações, sentimentos ou emoções, mercê de um processo *psychologico* de interpretação, mas graças a um processo *physiologico* e subconsciente. O trabalho que conduz da *emoção* inicial á *ideia* incorrigivelmente falsa, passa-se na inconsciencia, como o que faz de uma semente um fructo.

A pretendida *introspecção consciente* dos paranoicos, a sua *concentração*, a sua *analyse subjectiva* (Régis), não passam de uma lenda, que me esforcei por destruir, da psychiatria franceza desde Lasègue a Magnan. Longe de concentrar-se e de examinar-se, o paranoico olha para fóra: não se observa a si, mas ao mundo exterior; e as suas interpretações, incidindo sobre coisas e factos, são já radicalmente viciadas pelo delirio. «A auto-observação e o raciocinio na génese do delirio de perseguições, escreviamos em 1898, não passam de miragens do espirito. No perseguido a attenção é dirigida em sentido objectivo; e o raciocinio, longe de intervir na formação do delirio, é por elle radicalmente falseado sempre que se trata das relações entre o mundo exterior e o Eu.» E mais adiante: «A attitude reflexiva, que sería necessaria para indagar as causas de uma hostilidade do meio, não está nos habitos do perseguido; por outro lado ainda, não é de modo nenhum natural que se procurem as origens de um facto acreditado, como os dogmas, com a inabalavel fé, que dispensa interpretações e as regeita mesmo.»

E' este o sentido em que se toma a *primitividade* do delirio, tão pouco em antagonismo com a doutrina emotiva de Bianchi, Del Greco e outros que Tanzi (1905), continuando a sustentar as suas ideias de 1884, escreve no seu *Tratado:* «Da timidez procedem os delirios de perseguição; da avareza, que é a timidez no campo economico, os delirios dos litigantes; da vaidade, que é o egoismo idealisado, os delirios erotico e ambicioso.»

Mas a hypertrophia individual das emoções de desconfiança e de ambição não bastam a explicar, e n'isto convem Bianchi, os delirios da Paranoia com o seu caracter inabalavel e irreductivel. As ideias de perseguição e de grandeza, que entram na sua constituição, formam tambem a trama dos delirios paranoides, que aliás se apagam na demencia ou desapparecem pela cura. Por outro lado, como Bianchi, elle proprio, reconhece, emquanto o simples desconfiado e o simples ambicioso triumpham na lucta pela vida, evitando perigos e dominando os homens, o paranoico é um debil, destinado a succumbir na concorrencia social. E' pois necessario, para explicar os delirios paranoicos, alguma coisa mais que uma hypertrophia de emoções constitucionaes; e esse alguma coisa é a *falta de senso critico* nas relações do Eu com o ambiente — natureza e sociedade. Ora essa falta de senso critico não é senão uma paragem da evolução psychica na phase em que se immobilisaram os primitivos e os selvagens; reproduzindo-a *hoje*, o paranoico faz um evidente *anachronismo*.

Del Greco nota, como antes o fizera Meynert, que no paranoico ha uma revivescencia do Eu infantil com os seus exagerados receios, os seus desejos illimitados e a sua incapacidade para julgar até onde são legitimos uns e outros. Mas não representa a creança na ordem psychica uma atardada phase da humanidade, como na ordem physica o embryão reproduz, n'um dado momento, uma especie inferior? A sobrevivencia da creança no adulto é a sobrevivencia do antepassado remoto no homem d'hoje, a reapparição extemporanea da velha ancestralidade. Um *anachronismo*, portanto.

Bianchi diz que o paranoico, mesmo quando delira no sentido religioso, parecendo reproduzir um antepassado medieval, não faz na realidade senão reproduzir ideias que são contemporaneas nos homens das camadas inferiores.

Ha, a nosso vêr, um duplo equivoco n'esta argumentação.

Em primeiro logar, o homem inculto, acceitando ideias absurdas que as religiões perpetuam, não o faz por incapacidade critica, mas por falta de instrucção; elle recebe e acolhe as crenças que são patrimonio do maior numero e que não póde analysar por falta de elementos. Não tendo a noção de lei natural, acceita o milagre, propicía deuses e santos pelas resas e pelas promessas para que o livrem de males e lhe satisfaçam os desejos e aspirações. No fundo, imita, segue a corrente, soffre a suggestão collectiva. Mas a sua passividade mental não resulta de um desvio evolutivo, e as suas crenças não são inabalaveis, antes afrouxam na medida em que se multiplicam os inevitaveis contactos do seu espirito inculto com as camadas instruidas e progressivas. Assim, invocando os santos para livrar-se da doença, chama tambem o medico; fazendo-lhes promessas para que afastem a tempestade do seu casebre, pensa com inveja no pára-raios, que protege a vivenda confortavel de um visinho. Muito outro é o caso do paranoico. As suas convicções delirantes são uma *fé viva e intransigente* contra a qual a instrucção nada póde; não as recebeu d'outrem, mas de si mesmo, da sua propria organisação anomala, onde se geraram inconscientemente, mercê de uma radical e irreparavel incapacidade logica.

Por outro lado, não é, como vimos, nas ideias delirantes, mas na sua génese obsessiva e no seu despotismo que fundamentalmente reside o erro paranoico. Essas ideias podem não ter e não têm realmente na maioria dos casos uma feição religiosa; é todavia religiosa, no velho significado d'este termo, a adhesão indestructivel que o espirito lhes presta, a despeito da evidencia crystalina dos factos, que as contrariam. E é por isso que Tanzi diz com razão que ha um *mystico* dentro de cada paranoico, ainda quando irreligioso.

De resto, Del Greco e Bianchi, combatendo as ideias de Tanzi não hesitam em conceder que é atavica nos perseguidos a disposição a presentir, por traz das impressões recebidas, uma intelligencia alheia e inimiga. Essa disposição é precisamente o que Tanzi chama o *mysticismo paranoico*, quer dizer o resurgimento actual da velha feição antropomorphica, de que procedem os deuses.

Bianchi escreve: «A evolução humana é lenta, de sorte que a propria primitividade não desappareceu ainda; para que recorrer então a uma theoria atavica?»

Argumentando assim, parece partir-se do principio de que o atavismo consiste na apparição individual de qualidades especificas extinctas, o que sería, indubitavelmente, uma chimera. Se a primitividade, moral e intellectual, tivesse inteiramente desapparecido, como poderia admittir-se a reapparição de algumas das suas feições no homem contemporaneo? Ella sería um acto de creação e, portanto, um milagre e um absurdo. A primitividade não se extinguiu, não desappareceu ainda; sómente, graças á evolução de qualidades que a contrariam, ella vive no homem normal como um residuo inactivo, como uma vaga tendencia comprimida, que só episodicamente, por instantes e sob a influencia de poderosas causas exogénes se manifesta. Não extincta, essa primitividade marcha todavia para a extincção. Mas no anormal, precisamente porque não evolucionaram as qualidades que a contrariam, essa primitividade subsiste, permanece activa e desenvolve-se, a despeito das condições de meio que lhe são desfavoraveis; e assim o anormal, diverso dos seus immediatos antecessores, em que a primitividade foi uma tendencia comprimida, renova uma remota phase ancestral e é um *anachronismo*. Tal o paranoico, em quem a não-evolução do senso critico deixa a descoberto e em plena actividade as tendencias emotivas de um passado egocentrico.

E' n'este sentido que interpretamos o atavismo psy-

chologico; e não nos parece que em sentido differente o tenham interpretado e comprehendido aquelles que o invocam na explicação da Paranoia.

Definição e variedades. — Do que vem de ser dito conclue-se naturalmente que só merecem o nome de *paranoicos* os delirios que offerecem os seguintes caracteres:

I. — *Systematisação progressiva.* — Esta consiste, não apenas na repetição de ideias delirantes, mas na applicação d'ellas, como meio interpretativo, aos factos occorrentes.

O paranoico não se limita a exhibir um delirio, repetindo-o como uma estereotypia mental, antes procura explicar por elle os successos que á sua vista se desenrolam e que têm relação com a sua personalidade.

II. — *Egocentricidade dos conceitos.* — Por esta expressão se entende que as ideias delirantes traduzem ou reflectem uma hypertrophia da personalidade.

Contrariamente ao delirio *divergente* e *centrifugo* da melancolia (Vid. pag. 372), o delirio paranoico é *convergente* e *centripeto*.

III. — *Primitividade dos conceitos.* — Não se quer dizer, fallando assim, que as ideias delirantes sejam o caracteristico symptoma inicial da anomalia paranoica, mas que, embora derivadas de emoções preexistentes, ellas são as primeiras a manifestar-se no campo da consciencia.

D'esta primitividade *aperceptiva* procede o caracter obsessivo dos delirios paranoicos, traduzido por uma lucta de ideias e um mal estar psychico, erradamente interpretado pelos auctores francezes como uma sorte de incubação ou de analyse subjectiva, que não está de modo nenhum nos habitos dos perseguidos ou megalomanos.

IV. — *Contingencia e secundariedade das allucinações.* — Isto quer dizer que os erros psychosensoriaes podem faltar, e são, quando existem, symptomas derivados da persistencia dos conceitos falsos.

Os delirios paranoicos não são necessariamente alluci-

natorios e isto os distingue de todos os outros; os erros sensoriaes ou faltam ou apparecem tardiamente, constituindo, não a base, mas uma simples *confirmação* das ideias delirantes que os determinaram. Entretanto, ha casos em que são frequentes.

V. — *Ausencia de senso critico.* — A despeito da persistencia das fórmas logicas de raciocinio, o paranoico aprecia sempre erradamente as relações do mundo com o seu Eu, porque parte de um ponto de vista falso, e é radicalmente incapaz de o corrigir.

O delirio paranoico não é, no fundo, senão uma interpretação irreductivelmente falsa e egocentrica da realidade ambiente ou, como diz Tanzi, um *preconceito*. Na mesma ordem de ideias o define Kraepeiln um *ponto de vista desviado*.

VI. — *Não-contraste entre o delirio e a anterior modalidade psychica do delirante.* — O delirio paranoico, por isso mesmo que deriva de uma elaboração inconsciente de emoções anomalas, não surge estabelecendo uma antithese flagrante e inesperada com a habitual psychologia do individuo: ao contrario, não faz senão traduzir nitidamente anteriores disposições de orgulho e desconfiança, apreciadas pelos que de perto o conheciam.

VII. — *Não-terminação pela demencia.* — O delirio paranoico não conduz, por si mesmo, ao enfraquecimento psychico, e n'isto se distingue dos delirios systematisados paranoides. Não se quer assim significar que o paranoico não possa tornar-se um demente, mas que, se tal acontece, a demencia não é um resultado do delirio, mas de uma complicação cerebral, como a anteriosclerose.

Isto posto, definiremos a Paranoia uma degenerescencia ou anomalia mental, clinicamente traduzida por um delirio systematisado primitivo e egocentrico, acompanhado ou não de allucinações, incorrigivel e que, por si mesmo, não coduz á demencia.

Restringindo mais o conceito da Paranoia, exigem alguns que o delirio se não acompanhe de frequentes allucinações e seja immutavel; a Paranoia não comprehenderia senão o delirio de interpretação e o delirio de reivindicação (Kraepelin, Dupré, Wallon).

Fazendo ainda uma nova restricção, Sérieux e Capgras excluem da Paranoia o delirio de reivindicação, que consideram de caracter obsessivo.

Estas restricções parecem-me abusivas. Tentando depurar o conceito de Paranoia, acabam por anemial-o; e, como os delirios systematisados que se desannexam da Paranoia, se lançam sobre a Demencia Precoce, á anemia d'aquella figura corresponde a plethora d'esta. Despovoados de paranoicos, os manicomios regorgitariam de dementes precoces.

Porque não são paranoicos os delirios systematisados que se acompanham de repetidas allucinações, quando estas surgem secundariamente?

Debalde se procura uma resposta valiosa a esta natural pergunta. Que as allucinações não sejam tão frequentes na Paranoia como algum tempo se pensou, d'accordo; que não pertençam á Paranoia os delirios systematisados que têm por base as allucinações, d'accordo ainda; mas que o simples facto de surgirem no curso de um delirio systematisado allucinações de qualquer sentido, a titulo de symptoma secundario, seja bastante para excluir da Paranoia esse delirio, eis o que se não comprehende e que o Prof. Dupré não conseguiu explicar em 1906, no Congresso de Lisboa.

Kraepelin considera excessivamente raras as allucinações na Paranoia, mas não as exclue absolutamente, como vimos; Tanzi, convindo n'essa raridade, diz todavia que ellas se observam na Paranoia religiosa; por minha parte, em perto de trinta annos de observação nunca vi um delirio systematisado evolucionar sem a intervenção de allucinações auditivas, embora rarissimas, — uma ou duas, ás vezes, no espaço de muitos annos.

De resto, nenhuma razão physiologica se póde invocar para que assim não seja.

Exigir de um delirio systematisado a immutabilidade dos conceitos para o fazer entrar na Paranoia, é ainda um outro abuso; a nosso vêr, o polymorphismo conceptual oppõe-se tanto ao caracter paranoico do delirio como a presença de allucinações secundarias. As ideias de perseguição e de grandeza são de tal modo connexas que as primeiras suppõem as segundas: no fundo de todo o perseguido está um ambicioso; e de todo o ambicioso contrariado surge um perseguido. Ideias de perseguição e de grandeza repontam inconscientemente do mesmo humus emotivo, e traduzem por modos só na apparencia diversos a hypertrophia do Eu. Assim, a passagem de um delirio pelas phases persecutoria e megalomana não é senão o natural desdobramento symptomatico de uma só e unica anomalia. Porque ha de ser paranoica essa anomalia quando se traduz apenas por um delirio persecutorio ou ambicioso e não o ha de ser quando se traduz pelos dois?

Ainda uma interrogação sem resposta.

Que dizer, por fim, da distincção estabelecida por Sérieux e Capgras entre o delirio de interpretação e o delirio de reivindicação? Segundo estes psychiatras, o reivindicador sería, não um delirante, mas um obsessivo, proseguindo com tenacidade indomavel a satisfação de um impulso, nascido da ideia fixa de um ultrage aos seus direitos.

Mas a obsessão implica uma lucta interior, um combate mais ou menos intenso entre a ideia pathologica e o systema das ideias normaes que ella perturba. Onde está essa lucta no delirio de reivindicação?

Em vez de resistir á ideia morbida, o reivindicador acceita-a desde que ella surge, obedece-lhe sem opposição, e dirige por ella toda a sua conducta; angustia, se a sente, não é porque lucte contra a ideia falsa, mas porque encontra obstaculos á realisação dos actos que ella inspira.

Singular obsessão, contra a qual se não combate, mas pela qual desde todo o principio se trabalha!

São duas as variedades clinicas da Paranoia: o *delirio de perseguições* e o *delirio de grandezas*, podendo o primeiro affectar as modalidades *ciumenta* e *litigante*, e o segundo as fórmas *erotica* e *religiosa*.

Etiologia. — De quanto temos dito se conclue que a Paranoia não reconhece outra causa que não seja a *hereditariedade*.

E assim, são por vezes extremamente precoces as suas manifestações delirantes (paranoia originaria, de Sander); todavia, é na juventude e na edade madura que ellas surgem de ordinario, porque é n'esses periodos da vida que os *conflictos sociaes* se realisam, desempenhando o papel de agentes provocadores.

Symptomatologia. — E' a das variedades que passamos a descrever.

Delirio de perseguições. — Caracterisa essencialmente esta variedade paranoica a crença erronea, mas indestructivel, n'uma hostilidade ambiente. Esta crença não se estabelece abruptamente: a ideia de hostilidade surge no espirito com um caracter obsessivo, lançando o doente n'um estado de inquietação dolorosa, que não faz senão exprimir a resistencia de todas as suas acquisições mentaes á invasão d'essa ideia extranha e nova; e só lentamente, analysando o que em torno d'elle se passa, espiando as attitudes das pessoas e a successão dos factos, o doente acaba por dar á ideia obsessiva um assentimento que a torna delirante.

Lançado pela ideia emotiva de hostilidade no exame e na analyse do meio, o doente raciocina, procura elementos de convicção, procede como o homem normal em

cujo espirito entrasse uma desconfiança. Todavia, a *falta de senso critico* não lhe permitte encarar a ideia falsa com indifferença; ao contrario, a sua influencia domina-o e elle faz *constantes petições de principios*, dando já como verdadeiro aquillo mesmo que discute e de que procura as provas positivas ou negativas. A falta de uma saudação por parte de um conhecido é um indicio de hostilidade, o sorriso de um sujeito que passa, um provavel escarneo, a tosse d'outro, uma possivel provocação. E se um momento hesita sobre o valor d'estes factos, logo outro surge que vem consolidar no seu espirito a interpretação primitiva: um policia que o olhou na rua, um visinho que fechou a janella quando elle passava, uma senhora que voltou a face ou se desviou no momento em que elle comprava um jornal.

O doente analysa, prescruta, examina e, sobretudo, *interpreta*. Está voltado sobre o exterior e vê tudo, mas á luz de uma ideia que o invade, mercê da falta congénita de critica. A sua analyse é toda objectiva. Não se dobra sobre si mesmo, como faz o melancolico, n'uma introspecção que lhe permitta encontrar no passado a explicação de um doloroso estado presente. Está voltado para fóra, para o mundo social e presente, em busca de provas confirmativas de uma ideia, vinda não sabe d'onde, nem como, nem porquê; não procura nos factos a interpretação de um sentimento, mas interpreta os factos á luz e sob a acção de uma ideia-emotiva, da ideia de hostilidade. Ao contrario do que acontece no melancolico, a ideia morbida não é no paranoico a expressão adequada de um estado emotivo, mas um *preconceito* que ha de servir-lhe para a interpretação irreductivelmente viciosa de tudo quanto se refere ao seu Eu. Não ha na génese do delirio de perseguições a *analyse subjectiva*, que os francezes não cessaram de invocar desde Lasègue a Régis, mas, como lucidamente viram Tanzi e Riva, um *preconceito* conduzindo á *analyse objectiva* e á 'nterpretação egocentrica dos factos. O periodo prodromico não é um periodo de

concentração dolorosa do espirito sobre si mesmo, mas um periodo de *interessada e penosa observação do mundo exterior;* não é um *vago mal estar* de que o doente procura as causas, como na melancolia, e de que o delirio constituirá uma *explicação logica*, mas um mal estar definido, procedente da emergencia obsessiva de uma ideia que tende pelo seu caracter emotivo a dominar o espirito, instigando-o á observação objectiva e á interpretação pesssimista dos factos. Precisamente ao contrario do que tem reeditado desde Lasègue toda a escóla franceza, o delirio de perseguições não *explica* um anormal estado cenesthetico preexistente; a anormalidade d'este estado procede, não de uma cenesthesia perturbada, mas da lucta desegual entre a ideia obsessiva de hostilidade, eminentemente emotiva, e um Eu inválido pela ausencia de senso critico. Por outros termos: o perseguido não se analysa, buscando interpretar as proprias sensações; observa o mundo exterior, dominado por um preconceito, e interpreta, sob a influencia d'este, os factos ambientes.

O que o perseguido realmente observa não é o seu espirito, mas os cartazes affixados nas esquinas, os gestos dos que passam, o aspecto e o cheiro dos alimentos que lhe servem, as portas que se abrem e fecham, a attitude dos agentes policiaes, o pregão dos cautelleiros, as conversas a meia voz dos visinhos, a côr do fato dos amigos e conhecidos, — em tudo entrevendo allusões, em tudo suspeitando intenções hostis, propositos de escarneo, injurias, ameaças.

No periodo prodromico, a certeza não se fez ainda: a ideia de hostilidade lucta com systematisações mentaes preexistentes, e o perseguido, á maneira do homem normal em cujo espirito entra uma suspeita, procura provas e elementos de convicção, espiando o que em torno d'elle se passa, guardando silencio e não revelando senão pela expressão inquieta do rosto a tempestade interior. Todavia, a lucta da ideia obsessiva não será indefinida, porque

a congénita falta do senso critico dá ao inimigo uma inferioridade manifesta. Ao fim de um combate, que póde todavia ser longo, a ideia de hostilidade, nova na consciencia do doente, mas atavicamente preparada no inconsciente e tendo as suas raizes mergulhadas no humus fertil da emotividade, triumphará definitivamente do Eu paranoico. Já, com effeito, n'este periodo prodromico ou de preparação delirante a ideia fixa domina o doente como um *preconceito*, fazendo-o cahir a cada instante, como dissemos, em verdadeiras *petições de principio*, porque já então a sua interpretação dos factos tem um invariavel caracter pejorativo. Pensando julgar imparcialmente os acontecimentos, o perseguido julga-os na realidade á luz de uma ideia preformada, que o domina, que o orienta e de que elle não vê senão confirmações em tudo que o rodeia.

Voltado sobre o mundo exterior, observa pormenorisadamente os minimos successos: a hora a que um visinho abre as janellas ou apaga a luz, as *toilettes* diversas que uma senhora veste, a passagem de um carro funerario, a offerta de um jornal que não costuma comprar, um ruido nocturno dentro de casa, um montão de papeis e farrapos á porta, a conversa de um creado com o policia da rua, as impertinencias de um mendigo, a repetição de um annuncio obscuro, o olhar casual de um sujeito no restaurante, a canção bregeira de um garoto, a insistencia de um cautelleiro, offerecendo um certo numero, a roupa a seccar n'um quintal, a praga de um carreteiro. E em tudo pensa descobrir uma *allusão*. A duvida, é certo, aflora ainda uma ou outra vez no espirito do perseguido; mas tão frouxamente que elle jámais deixará de proseguir no encetado caminho das interpretações pejorativas.

O periodo prodromico (digamol-o ainda uma vez) não é, pois, como á saciedade tem repetido a escóla franceza, uma phase de *analyse subjectiva* (Régis) ou de *concentração dolorosa do espirito* (Gérente). Longe de *auto-inspec-*

cionar-se, como faz o melancolico, o perseguido observa o *mundo objectivo;* longe de *concentrar-se*, o perseguido abre rasgadamente, ávidamente os sentidos sobre o *exterior*. A inquietação que elle sente não é a de quem procura a *explicação logica* de uma cenesthesia perturbada, mas a expressão de uma lucta entre a ideia de hostilidade e as conscientes systematisações anteriores e habituaes do seu Eu.

A victoria da ideia obsessiva marca o inicio do *periodo de estado*, em que toda a duvida cessou. E é tambem n'este periodo que o delirio se systematisa definitivamente pela descoberta do agente ou agentes hostis e dos meios de hostilidade empregados.

O inimigo, o perseguidor, é ás vezes uma pessoa, mais vezes uma seita ou uma corporação: o jesuitismo, a maçonaria, a policia, os medicos.

Os processos de perseguição variam: tentativas de envenenamento, gestos insultuosos, adulterio escandaloso, offensa de direitos, descredito nos jornaes e nas conversas, imposição de doenças. Os inimigos empregam umas vezes machinas electricas, outras vezes o telephone, o hypnotismo, outras ainda o sortilegio, a bruxaria e o espiritismo. O grau de instrucção e o ambiente social do perseguido decidem da escolha dos meios aggressivos, de que principiam a fazer parte a telegraphia sem fios, o microphone e os raios X.

No periodo de estado a systematisação delirante manifesta-se não só pela repetição das mesmas ideias falsas, mas pelo facto caracteristico de que todos os acontecimentos, ainda os mais banaes, são interpretados segundo essas ideias ou, o que vale o mesmo, integrados no delirio, a titulo de commentario.

Um perseguido de nome Lemos, homem de mediana cultura, indignava-se sempre que percorria os jornaes, porque n'elles encontrava, frequentemente repetida, a pala-

vra *lêmos*. Esta inoffensiva primeira pessoa do plural do indicativo presente do verbo *lêr*, escripta com *l* minusculo e com accento circumflexo sobre o *e*, revelava-lhe um proposito accintoso das redacções; deformavam-lhe assim o nome para o amesquinhar, para fazerem d'elle um objecto de irrisão. Para um outro perseguido o nome *Singer* das machinas de costura, annunciadas em cartazes e jornaes, era a corrupção da palavra *seringar*, com que os maçonicos aleivosamente alludiam aos seus habitos de pederastia passiva. O mesmo perseguido affirmava que os cautelleiros, apregoando o numero 69, pretendiam denuncial-o como o *ultimo dos debochados*. O vestido vermelho de uma visinha significava para um perseguido: *os republicanos se encarregarão de ti!* Os capuzes dos varinos usados pela gente do povo, queriam dizer para outro: *os jesuitas não dormem!*

Todas as coisas e todos os factos tomam n'este periodo o valor de *symbolos*, porque não são senão encarnações da ideia dominante, do *preconceito*.

A tendencia do espirito normal a formular na explicação dos phenomenos physicos e sociaes a hypothese mais *simples* e a mais *benevola* (A. Comte), é substituida no perseguido, mercê da ausencia de senso critico na apreciação das relações do seu Eu com o não-Eu, pela tendencia a tudo explicar pelo preconceito de hostilidade, que quasi sempre conduz á hypothese mais *complexa* e sempre á mais *malevola*.

E' n'este periodo que as *illusões e allucinações* frequentemente se observam, a titulo de symptomas secundarios e tendo um ponto de partida cortical. E' certo que podem faltar ou que podem ser muito raras; mas são em grande numero de casos, como o revela a clinica, de uma notavel frequencia. As mais vulgares são as *auditivas*. O perseguido começa por deturpar as palavras e mesmo os sons inarticulados ou os ruidos que escuta, e acaba por ouvir *vozes* hostis, — ironicas, escarninhas, calumnio-

sas, ameaçadoras, de que reconhece muitas vezes o timbre e que lhe são ditas das paredes, do tecto, do sobrado, sobretudo durante a noite.

Um perseguido que tratámos no manicomio, interpretava como ditos aggressivos o chilrear dos passaros nas arvores do parque e o ruido produzido pela passagem dos tramways electricos na rua. As illusões precedem, de ordinario, as allucinações por mais ou menos tempo.

Comquanto as allucinações auditivas sejam as mais frequentes, outras podem observar-se: as psychomotoras (Vid. pag. 67), as olfactivas, as gustativas, as visuaes, as tactis e, por fim, as pseudo-allucinações (Vid. pag. 63). Os cheiros e gostos nauseabundos representam um papel por vezes importante no delirio dos perseguidos sitophobos; as allucinações visuaes são extremamente raras; as psychomotoras não o são tanto; e as pseudo-allucinações, isoladas ou combinadas com as allucinações sensoriaes, não são para os observadores prevenidos um symptoma excepcional. Interroguem-se pacientemente os perseguidos que fallam de *vozes*, e ver-se-ha que muitas vezes se não trata de verdadeiras imagens acusticas de caracter objectivo, mas de imagens obsessivas, de palavras sem som e sem localisação no espaço, de pseudo-allucinações, emfim.

Como dissemos, a presença (possivel, mas não necessaria) das allucinações não dá o direito de excluir da paranoia um delirio systematisado de perseguições. A razão de que na demencia paranoide delirios d'esta natureza se apoiam sobre frequentes allucinações auditivas, não passa de um mau argumento. O que importa é distinguir as allucinações que servem de base ao delirio e que são *primitivas*, das que resultam d'elle, que têm uma origem ideativa e que são, portanto, *secundarias*. Se as do primeiro grupo caracterisam a demencia paranoide, as do segundo são indiscutivelmente tributarias da paranoia; se aquellas são o *alimento* do delirio, estas não

são senão *confirmações* d'elle. Na demencia paranoide *as allucinações provocam o delirio* e servem-lhe de trama; na paranoia, ao contrario, *o delirio*, de exclusiva base interpretativa, *determina as allucinações*, que não fazem senão confirmal-o. E é por isso que o delirio paranoide surge *d'emblée*, ao passo que o paranoico tem sempre uma preparação.

E' isto o que diz a clinica e o que a pathogenia das allucinações nos permitte perfeitamente comprehender, desde que recordemos que o processo allucinatorio póde tanto resultar da excitação *directa* e *immediata* dos centros imageticos ou mnemonicos, como da sua excitação *indirecta* e *mediata* pelos centros ideativos. Este ultimo é o caso do delirio persecutorio da paranoia, em que a allucinação não faz senão dar corpo a uma ideia fixa do espirito; o primeiro é o caso do delirio persecutorio da demencia paranoide, em que a allucinação provoca os conceitos falsos.

Um facto curioso e que demonstra quanto a ideia de hostilidade é no espirito do perseguido, não a consequencia de uma auto-observação, mas um elemento psychico primario, é que nunca o doente pergunta a si mesmo porque o perseguem ou sabe responder a esta interrogação, quando se lhe dirige. A despeito da persistencia do raciocinio, nunca o perseguido inquire as causas da perseguição soffrida; e o disparate de uma hostilidade sem causa não o abala, como o não preoccupa o facto de ouvir *vozes* dentro de um quarto fechado ou de sentir choques electricos, não vendo a machina d'onde elles procedem. O raciocinio exerce-se sobre uma premissa originariamente falsa, mas acceite como um dogma: a indiscutivel ideia de hostilidade.

E' no periodo de estado que por vezes se observa o phenomeno curioso do *echo do pensamento*. O perseguido crê que os seus inimigos conhecem tudo quanto pensa e repetem as suas ideias á medida que se produzem. Não

sabe por que mysteriosos processos isto se dá; é certo, porém, que ouve ou de qualquer modo sente reproduzidas todas as suas ideias, todos os seus desejos, todos os seus sentimentos, como se o seu cerebro trabalhasse *a descoberto*. Quando a um perseguido n'estas condições se pergunta o que pensa, elle responde com dolorosa resignação: *O senhor sabe-o tão bem como eu.*

E' n'esta phase da doença que os perseguidos, recordando o seu passado, interpretam como antigas demonstrações de hostilidade os factos mais insignificantes: uma admoestação, uma promessa que se não cumpriu, um creado amigo que foi despedido de casa, o insuccesso n'um exame.

A *conducta* dos perseguidos é anormal desde todo o principio. No periodo prodromico estes doentes isolam-se do convivio habitual, tornam-se reticentes e exprimem em todos os seus actos uma inquieta desconfiança. No periodo de estado, sabendo já *à quoi s'en tenir* pela descoberta do inimigo e dos seus processos de ataque, reagem de modos diversos. Uns, receiosos de envenenamentos, mudam constantemente de restaurante ou cosinham, elles proprios, os seus alimentos; outros tornam-se verdadeiros judeus errantes, viajando constantemente, se têm fortuna, ou mudando com frequencia de casa e de bairro; muitos queixam-se ás auctoridades, reclamam o seu auxilio ou escrevem nos jornaes; alguns outros inventam pueris processos de defeza. Estes são os resignados *(perseguidos passivos)*, de Lasègue.

Outros reagem violentamente (*perseguidos activos*, do mesmo auctor), aggredindo supppostos inimigos ou mesmo pessoas indifferentes, no intuito de attrahirem a attenção do publico sobre a sua injusta desgraça. Não faltam na litteratura psychiatrica os casos de perseguidos que se defendem de imaginarios inimigos, atacando-os a tiro (caso-Marchand, caso-Bombarda), ou que na rua ferem

creaturas inoffensivas para serem chamados aos tribunaes e ahi pleitearem a sua causa.

Delirio processivo. — Tambem chamado *delirio litigante*, constitue a variedade paranoica do delirio persecutorio em que os interesses hostilisados são d'ordem juridica.

O paranoico litigante não é atacado na sua vida, na sua saude, no seu credito, na sua dignidade pessoal, mas nos seus *direitos*.

Ora, como os direitos individuaes nascem das relações collectivas, o processivo, — egocentrico, hypertrophico e destituido de senso critico, tem d'elles a falsa noção que o paranoico tem de tudo o que o cerca: cria direitos insubsistentes e perfeitamente imaginarios, em cujo não-reconhecimento descobre uma propositada hostilidade e uma injusta perseguição, de que se defende sempre, atacando. O processivo é um *perseguido-perseguidor* ou, como com extrema propriedade lhe chama Séglas, um *reivindicador*.

Na sua encarniçada lucta, não pelo *direito* e pela *justiça*, de que não tem noções objectivas e exactas, mas pelos *seus direitos* e pela *sua justiça*, o litigante não tem um momento de repouso. Vencido n'um pleito, inicia um outro; e se, perdida toda a confiança na honestidade dos juizes, dos advogados e dos jurys, ou, exhaustos os recursos monetarios, não póde já pleitear nos tribunaes, volta-se para a imprensa ou ataca, elle proprio, violentamente os seus adversarios e pretendidos inimigos. As repetidas decepções não o corrigem, antes servem para o exaltar: os juizes são venaes, os advogados andam feitos com a parte contraria, as testemunhas são um bando de falsarios, os jurados uns vendidos; os amigos que tentam dissuadil-o de questões inuteis, são uns estupidos; e os proprios parentes, se o não apoiam e coadjuvam, são, pelo menos, cobardes (Kraepelin).

O delirio litigante é sempre *verosimil;* e d'aqui vem que, defendido com vivacidade e com ardor, elle consegue muitas vezes contagiar uma ou varias pessoas.

E' ainda um delirio *fixo*, insusceptivel da transformação megalomana por que passa muitas vezes o delirio persecutorio de evolução progressiva. O litigante, fazendo um alto conceito de si, dos seus talentos e da sua perspicacia, não resvala todavia no delirio de grandezas; e, se dispende muito dinheiro, ás vezes em contraste com os seus habitos de rigorosa economia, não o faz por ostentação, mas porque a isso o obriga a propria defeza.

Emfim, no dizer da maioria dos observadores, o delirio processivo é *desacompanhado de allucinações*.

Baseados n'estes caracteres, pretendem alguns separar do delirio persecutorio o delirio processivo, de que fazem o typo da *paranoia legitima* (Kraepelin, Dupré).

Mas a *verosimilhança* do delirio litigante encontra-se em muitos dos casos destinados a entrar n'uma futura e mais ou menos remota phase megalomana; e por isso tambem são elles contagiosos. A *folie à deux* foi notada em França muito antes do estudo clinico dos litigantes, feito sobretudo por Krafft-Ebing.

A *fixidez* do delirio não é tambem attributo dos processivos. Muitos perseguidos vulgares (envenenados, hypnotisados, victimas da policia, do jesuitismo, etc.) não attingem nunca a phase megalomana; e isto acontece mesmo em $^2/_3$ dos casos de delirio persecutorio.

Quanto á *ausencia de allucinações*, é preciso fazer severas restricções. Que os erros sensoriaes constituam excepções n'este delirio, — eis o que não contestamos; mas que elles não existam nunca, — eis o que não podemos admittir em face da nossa experiencia pessoal. De resto, Kraepelin, elle proprio, affirma que «por vezes se observam isoladas perturbações psycho-sensoriaes».

E o mesmo auctor notou que com o delirio processivo «algumas vezes se manifestam ideias delirantes», como

as de envenenamento e de ciume. E isto nos não admira a nós, que na paranoia vêmos, como Tanzi, uma *anomalia mental*, capaz de traduzir-se por variadissimos delirios systematisados.

Assim, nós não crêmos que o delirio processivo constitua uma figura nosologica ou que, ligado a outra fórma do delirio dos perseguidos-interpretadores, nos dê a *paranoia legitima*.

As tendencias excessivamente analyticas e pormenorisadoras, que na aurora da psychiatria encheram os tratados de pretendidas fórmas nosologicas, depois de felizmente abandonadas na França em favor de um mais productivo trabalho de synthese, reapparecem a proposito da Paranoia. As distincções *especificas* dos delirios de interpretação e de reivindicação o demonstram.

Especies, porquê? Todo o delirio paranoico é um delirio de interpretação: e todo o perseguido é, mais ou menos, um reivindicador, como todo o reivindicador é *sempre* um perseguido, uma victima juridica, um objecto de injustas hostilidades.

Paranoia *legitima*, a dos interpretadores e dos reivindicadores, e só essa? Mas se, no criterio de Kraepelin, a legitimidade das fórmas nosologicas se estabelece em face da marcha e da terminação, porque só ellas auctorisam a *previsão clinica*, tão legitima é a paranoia dos interpretadores e reivindicadores, como a dos perseguidos-megalomanos, porque uma e outra têm a evolução contínua e chronica, uma e outra são incuraveis, uma e outra são perpetuas, uma e outra acabam sem demencia, uma e outra são transmissiveis por herança.

Delirio de ciume. — E' tambem conhecido pela designação de *delirio de infidelidade conjugal*, menos propria, todavia, porque elle não affecta apenas os casados, mas todos os que amam.

Assaltado pela suspeita de uma infidelidade ou mesmo

de uma simples falta de preferencia, o ciumento espia todos os actos do seu *partner* sexual ou do seu amante, vendo n'elles indubitaveis provas de traição.

Este delirio tem, de ordinario, como o processivo, uma preparação muito rapida, entrando depressa no periodo de systematisação. Acompanha-se frequentemente de allucinações; mas não é excepcional que evolucione sem ellas. Em compensação, são vulgares as illusões sensoriaes.

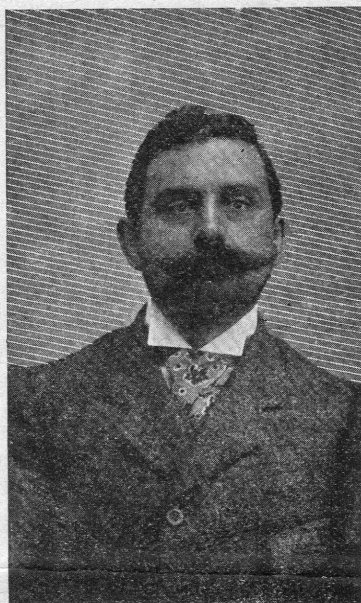
Este delirio póde manifestar-se nos homosexuaes, como temos tido opportunidade de observar.

Começando por crêr que o seu *partner* tem um amante, o ciumento acaba frequentes vezes por conceder-lhe muitos e até por affirmar que elle se prostitue com animaes.

Fig. 45. — Delirio de ciume

O delirio de ciume mantem-se algumas vezes n'uma extraordinaria fixidade; mas acontece frequentemente que o ciumento, começando por considerar-se offendido apenas nos seus interesses de coração, acaba por acreditar que o *partner* infiel e os seus cumplices se propõem matal-o. E então o delirio do ciume esbate-se ou passa a um plano secundario em beneficio de um preponderante delirio de envenenamento.

Como todo o perseguido, o ciumento, uma vez systematisado o delirio, vê nos actos passados do *partner* infiel, ainda nos mais banaes, documentos de traição. Um ciu-

mento que examinei como medico legista (Vid. fig. 45), fazia remontar ao proprio dia do casamento as infidelidades da esposa.

Como o delirio processivo, o ciumento é muitas vezes partilhado pelos amigos e parentes do paranoico.

A conducta dos ciumentos é, em regra, a dos perseguidos-perseguidores. Isto é dizer que taes paranoicos frequentemente incorrem em crimes graves e cáem sob a alçada dos tribunaes. A sua sequestração precoce impõe-se como medida de segurança social.

Delirio de grandezas. — E' tambem chamado *megalomano* e *ambicioso*. Póde apparecer quer como manifestação *inicial* da paranoia, quer *em seguida a um delirio de perseguição*. Mas n'este ultimo caso, nunca a transição de um delirio ao outro se faz *logicamente* e por virtude de um raciocinio, como deploravelmente tem ensinado a escóla franceza desde Foville a Legrand du Saulle. A este proposito escrevemos n'*A Paranoia:*

«Vejamos o que se dá com o delirio ambicioso que succede ao de perseguições.

«Haverá n'este caso uma transformação consciente e raciocinada?

«O que dissemos sob a direcção exclusivamente objectiva da attenção no perseguido faz desde já suppôr o contrario. A attitude reflexiva, que seria necessaria para indagar as causas de uma hostilidade do meio, não está nos habitos do perseguido; por outro lado ainda, não é de modo nenhum natural que se procurem as origens de um facto acreditado, como os dogmas, com a inabalavel fé, que dispensa interpretações e as regeita mesmo.

«Mas as provas directas da falsidade clinica da doutrina de Foville abundam. Assim, a observação permitte affirmar que não só o perseguido nunca formúla a pergunta: *Porque me perseguem?* mas que, interrogado n'este sentido, invariavelmente responde: *Não sei.* O ab-

surdo de uma perseguição sem causas, de uma hostilidade immotivada não choca esta ordem de doentes; e é debalde que se tenta dirigir-lhes a attenção para o exame de um assumpto que parece não os interessar. Absorvidos pelas allucinações ou empenhados em conjurar os effeitos de uma aggressão implacavel, os perseguidos não sentem a necessidade de inquirir as razões d'ella; e todo o insistente convite n'este sentido serve apenas para os impacientar, quando os não leva a entrevêr no sollicito observador um cumplice de imaginarios inimigos.

«Mas ha mais. Se o delirio ambicioso podesse installar-se a titulo de explicação de precedentes perseguições, nada seria mais facil do que provocal-o: bastaria suggerir ao perseguido os themas habituaes da megalomania, deixando-lhe a escolha. Por outros termos: se o raciocinio bastasse, como candidamente pretendia Foville, a operar a transformação de uma personalidade, — para fazer-se de um perseguido um megalomano seria necessario apenas dizer-lhe precocemente o que, segundo o auctor francez, elle se dirá um dia, isto é que, não podendo haver perseguições sem causa, o encarniçamento dos seus inimigos deve naturalmente explicar-se quer pela inveja dos altos meritos pessoaes do doente, quer pelo interesse de supprimir um individuo destinado, como elle o é, talvez, a reinar, a dirigir um partido, a instituir uma religião, a reformar uma sociedade, a mudar a face de uma sciencia. Ora, a verdade é que suggestões d'esta ordem não só não abalam os perseguidos que, aliás, se tornarão mais tarde megalomanos, mas determinam n'elles ora uma franca hilaridade, ora indignados protestos. Repeti muitas vezes, no começo da minha carreira, experiencias d'esta natureza, conseguindo apenas provocar dos doentes contestações como estas: que não estão doidos para desconhecerem a sua situação; que não admittem zombarias; que as historias phantasticas são boas para entreter creanças e idiotas; que não é digno escarnecer de quem soffre.

«E' pois radicalmente falso e absolutamente contrario aos dados de observação que o delirio de grandezas appareça como tentativa feita para explicar perseguições soffridas. A ideia ambiciosa, como a de hostilidade, surge no espirito de um modo expontaneo e inconsciente; do delirio de grandezas póde pois repetir-se o que foi dito do delirio de perseguições: que elle irrompe á sua hora, como o fructo amadurece e o grão germina.

«E' só depois de installado por um processo a que são extranhos o raciocinio e a vontade, — que o delirio de grandezas servirá para explicar o de perseguições, como este, por sua vez, serviu ao doente para interpretar factos da sua vida anterior. E' só a partir do momento em que se crê excepcionalmente grande pelo genio, pelo nascimento ou pela fortuna que o paranoico principia a explicar-se as miserias soffridas.

«Note-se, porém, este facto curioso e imprevisto em face da theoria que criticamos: o delirio de grandezas, dando um solido apoio ás ideias de perseguição, que esclarece e interpreta, — bem longe de as radicar, tornando-as definitivamente preponderantes no espirito do paranoico, tende, pelo contrario, a diminuil-as e a subalternisal-as em proveito proprio».

O delirio ambicioso póde ser e é mesmo frequentemente inicial; mas muito raramente é exclusivo. O ambicioso, contrariado nos seus projectos, faz muito facilmente um delirio de perseguições, sobretudo de fórma litigante.

Os themas do delirio ambicioso são numerosos: um nascimento illustre, um talento excepcional de inventor, uma reforma religiosa ou politica a cumprir, um amor por alguem de alta gerarchia. Os themas religioso e erotico dão logar a variedades interessantes.

Delirio religioso. — E' tambem chamado *prophetico*, porque o doente se crê investido na elevada missão de prégar uma nova doutrina mystica ou de propagar uma religião em crise.

O paranoico religioso não reveste sempre a attitude soberba de iniciador; ás vezes affixa mesmo a mascara da humildade, affirmando a sua pequenez. Não nos illudamos, porém; essa humildade, que parodía a dos apostolos, esconde um fundo insondavel de orgulho, que a cada instante se revela. O paranoico religioso da fig. 46 prégava a renuncia dos bens terrenos, andou descalço e mal alimentado por paizes varios, foi preso por anarchista em França e na Italia; e, todavia, o seu desmedido orgulho manifestava-se á menor controversia. Trocando o seu nome plebeu e banal de *Domingos* pelo de *Pedro Paulo*, punha em relêvo a sua missão de apostolo; a conversão de todos ao catholicismo era o seu empenho. Fallando-lhe das suas peregrinações e do muito que soffrera n'ellas, a sua face exprimia o contentamento sem egual dos grandes incomprehendidos.

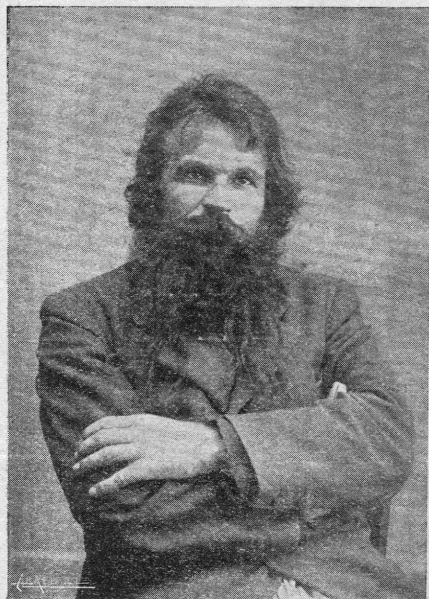



Fig. 46.— Delirio religioso

Excitado por uma objecção e, sobretudo, por uma palavra ou por um gesto de desdem, manifestava então francamente a sua enorme hyperthrophia pessoal.

As *allucinações visuaes* e *auditivas* não são raras nos ambiciosos mysticos; todavia, alguns ha que as não soffrem ou que sabem occultal-as.

São extraordinariamente activos e contagiantes estes

paranoicos. O *Pedro Paulo* correu continentes e fez duas evasões do manicomio para conquistar a liberdade indispensavel á sua missão apostolica. A doente da fig. 47 explo-

Fig. 47. — Delirio religioso

rava tão bem o beaterio de dois concelhos que chegou a sustentar com esmolas um instituto religioso; a despeito da sua excitação vesanica evidente, era escutada no seio

de muitas familias e alcançou passes gratuitos nos caminhos de ferro, cujos viajantes superiormente expremia.

Os paranoicos religiosos são grandes *dissimuladores*.

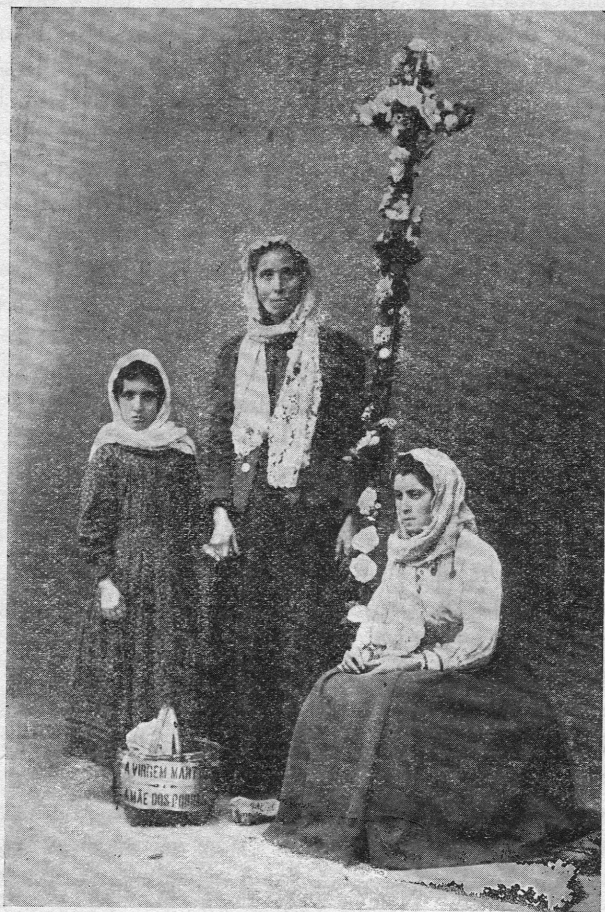



Fig. 48. — Delirio religioso

Para obter alta dos manicomios ou evitar a medida de interdicção sabem occultar admiravelmente o seu delirio ou mesmo repudial-o.

Delirio erotico. — E' ainda uma variedade ou subgrupo do delirio ambicioso.

O paranoico erotico é sempre um casto, um platonico; e a pessoa amada, umas vezes real, outras vezes chimerica, pertence invariavelmente a uma cathegoria social superior, pouco importando que seja formosa ou feia, moça ou velha, elegante ou mal feita, porque, anaphrodisiaco, o amor paranoico não se preoccupa com a esthetica sexual (Tanzi).

Como todo o delirio paranoico, este tem uma origem obsessiva e um caracter interpretativo. A ideia de um amor correspondido surge na consciencia do erotomano paranoico sem antecedentes logicos ou psychologicos; e, uma vez installada ahi, determina, dado o seu poder systematisante e a ausencia de senso critico do doente, a explicação exclusiva de todos os phenomenos ambientes, cuidadosamente observados. A *toilette*, a marcha, os gestos, as palavras do sêr amado, — tudo revela ao paranoico erotomano que o seu immenso affecto é retribuido. E se os gestos e as palavras dizem bem eloquentemente o contrario, é que se trata de um ardil para encobrir e occultar a invejosos um amor que os incommoda, ou de uma intriga que será desfeita ou ainda de uma imposição odiosa de parentes (Tanzi). No fundo e sempre, o que procede da pessoa amada é uma prova de affecto, um indicio de retribuição e de reciprocidade sentimental. «N'este sentido, diz Tanzi, o paranoico erotico é feliz, porque não conhece os insuccessos, as desillusões, os espinhos do ciume ou as amarguras dos primeiros desaccordos conjugaes».

Todavia, esta ideal felicidade é ás vezes rudemente perturbada, porque, frustrado nas suas aspirações, repellido ou collocado n'um manicomio, o erotomano entra n'um delirio de perseguições, em que os agentes hostis são representados pela familia do sêr amado, por amigos e frequentadores da casa, por creados, por padres ou ainda pelos medicos. E então, o erotomano, que podia ser apenas

uma creatura importuna pelas suas assiduidades, torna-se um perseguido-perseguidor, por vezes perigosissimo.

Inteiramente felizes e innocentes são apenas os que dirigem o seu immenso amor a sêres imaginarios.

Este delirio póde ser ou não acompanhado de allucinações.

A's modalidades *erotica* e *religiosa* do delirio ambicioso podiamos accrescentar a *politica*, representada pelos *reformadores sociaes*, investidos na missão de mudar a face das collectividades humanas n'um determinado sentido. Mas não fariamos senão repetir nos seus traços essenciaes o que foi dito dos *prophetas*. O delirio ambicioso politico é uma *nuance* apenas do delirio mystico megalomano.

Evolução e prognostico. — Os delirios paranoicos são essencialmente chronicos, de marcha contínua, mas susceptiveis de remissões, e não conduzem, por si mesmos, nem á morte, nem á demencia. Entretanto, ao fim de muitos annos de duração, estes delirios podem esbater-se e perder a actividade primitiva (Kraepelin), deixando de excitar e dirigir a conducta do doente.

A paranoia é eminentemente transmissivel, como todas as psychoses constitucionaes.

O prognostico é, pois, o mais *desfavoravel*. Se não mata, nem conduz á demencia, a paranoia é todavia incuravel; e a sua transmissibilidade dá-lhe um caracter grave.

E' particularmente *sevéro* o prognostico das variedades activas (delirio processivo, ciumento, dos perseguidos-perseguidores, dos erotomanos e dos reformadores) pelas complicações medico-legaes a que conduz frequentemente.

Diagnostico — O que vem de ser dito permitte evitar a confusão entre os delirios paranoicos e todos os delirios mais ou menos systematisados, a que, adoptando uma

expressão feliz de Kraepelin, chamaremos *paranoides*, quer pertençam á demencia precoce, quer constituam syndromas da confusão mental.

Crêmos ter notado longamente os caracteres distinctivos da paranoia e, portanto, todos os elementos do seu diagnostico differencial. N'esta altura, toda a insistencia conduziria a inuteis repetições do que foi dito na *historia* e na *symptomatologia*.

Tratamento. — A *sequestração* e a *interdicção* dos paranoicos são medidas a tomar, na grande maioria dos casos, em beneficio dos doentes e em defeza da sociedade.

A sequestração é mesmo a unica medida de prophylaxia social.

IMBECILIDADE

Fatuidade; fraqueza ou pobreza de espirito; atrazo psychico; debilidade mental; phrenasthenia.

Definição e variedades. — E' uma psychopathia essencialmente caracterisada por suspensão de desenvolvimento mental e tributaria, não de lesões cerebraes, mas de agenesia hereditaria.

Como opportunamente dissemos (Vid. pag. 351 e seg.) a unidade artificial que collocava no mesmo grupo nosologico a idiotia e a imbecilidade, rompeu-se desde que a observação clinica, apoiada em estudos anatomopathologicos, mostrou que as suspensões da evolução psychica reconhecem duas origens inteiramente diversas: *lesões accidentaes do cerebro infantil* e *taras hereditarias*. No primeiro caso, que é o da idiotia, o desenvolvimento psychico, virtualmente possivel, deixa de fazer-se, porque lesões grosseiras do cerebro em via de formação o impedem; no se-

gundo, que é o da imbecilidade, esse desenvolvimento é impossivel, porque vicios hereditarios obstam á evolução cerebral. E assim, ao passo que a idiotia é uma cerebro-psychopathia accidental da infancia, a imbecilidade é uma degenerescencia, uma anomalia; ao passo que a idiotia se manifesta do lado physico por symptomas de ordem pathologica, a imbecilidade offerece apenas do lado somatico (e nem sempre) estygmas anatomicos de degenerescencia.

O grau de intendimento, que á psychiatria classica serviu de criterio para distinguir os idiotas dos imbecis, foi abandonado, porque a differença entre estas duas ordens de *atardados* não é *intensiva*, mas *qualitativa*. O idiota não é o imbecil maximo, como o imbecil não é o idiota minimo; o idiota póde ser, conforme a extensão e a multiplicidade das suas lesões encephalicas mais ou menos intelligente que o imbecil, ou tão intelligente como elle. O idiota póde tanto descer pela inintelligencia ou anideïsmo abaixo da animalidade, como ficar ao lado ou acima do imbecil, sendo, em regra, muito mais educavel do que elle.

Mas o criterio do grau intellectual, justamente abandonado para differenciar os idiotas dos imbecis, póde ser utilisado para estabelecer entre estes ultimos a variedade dos *fracos de espirito* ou *debeis mentaes*, em que os symptomas de deficit psychico apparecem consideravelmente mitigados.

Etiologia. — A *hereditariedade* progressiva é o unico elemento causal a invocar. As nevro e psychopathias, as intoxicações chronicas e as diatheses ancestraes explicam esta degenerescencia.

Symptomatologia.— A imbecilidade não se manifesta do lado somatico por symptomas pathologicos, á maneira da idiotia, mas por estygmas degenerativos, que todavia

podem faltar, elles proprios, como acontece em muitos debeis mentaes, geralmente bem conformados e de aspecto normal.

A *fronte baixa e fugidia*, os *seios frontaes pronunciados* e os *olhos pequenos* são os principaes estygmas; menos frequentes são o *prognatismo*, as *anomalias dentarias*, o *nanismo* e a *mão pithecoide* (Tanzi).

A incerteza e imperfeição dos imbecis na execução de movimentos complexos e delicados, como os phoneticos e graphicos, não traduzem de modo nenhum alterações musculares ou cerebraes de ordem pathologica, mas apenas insufficiencia intellectual. Estes degenerados são desgraciosos nas attitudes e movimentos, pronunciam e escrevem mal, não porque lesões periphericas ou centraes ponham impedimento ás funcções motoras, mas porque a intelligencia, por deficiente, as não regula como no homem normal.

A symptomatologia dos imbecis é toda psychica; e, como vamos vêr, ella contrasta pela profusão e variedade com a indigencia que se observa nos idiotas, em que tudo se reduz a phenomenos de deficit.

Symptomas de ordem intellectual. — Em regra, a *attenção expontanea* é viva nos imbecis, d'onde resulta que a *percepção immediata* se executa promptamente. «Nas experiencias de psychometria, diz Tanzi, os imbecis fazem por vezes optima figura; a sua equação pessoal revela uma rapidez de reacção superior á dos normaes». Ao contrario, é frouxa a *attenção voluntaria*, d'onde lhes resulta a incapacidade para observações seguidas e para a differenciação perceptiva que d'ellas procede. A acuidade sensorial de que geralmente dispõem, não os conduz ao verdadeiro conhecimento; tudo se passa na esphera da sensibilidade directa. Assim, tendo uma vista excellente, não podem apreciar um quadro senão emquanto reunião de côres que lisongeiam os olhos; não lhe notam as bellezas

e os defeitos, não lhe comprehendem o desenho e muito menos o interpretam. Tendo um ouvido de uma grande acuidade, não comprehendem o sentido intimo da musica. Isto os approxima dos selvagens e das creanças, que não percebem *nuances*, que não descriminam pormenores.

Como a dos selvagens e das creanças, a sua esthetica e os seus gostos são primitivos e rudes: amam as côres vivas e estridentes, as altas tonalidades, os batuques, os aromas penetrantes, as bebidas alcoolicas e os alimentos grosseiros ou fortemente condimentados. A sua *toilette* é polychroma, e os seus instrumentos predilectos são os de pancada e sôpro.

A fundamental deficiencia da attenção voluntaria impede-os de abstrahir, de sorte que não attingem nunca *ideias geraes* de um certo alcance. Todo o phenomeno que se produz é para elles de certo modo um caso inédito e novo; d'aqui, uma radical ausencia de originalidade e de invenção, que necessariamente implicam um vasto repositorio de generalisações.

A *memoria* dos imbecis, por vezes grande, é de ordinario parcial e sem utilidade. Os imbecis calculadores e os imbecis musicaes são relativamente frequentes; todavia, nenhum d'estes desherdados póde ser um mathematico ou um compositor. Os imbecis que decoram successos e datas, abundam; nenhum d'elles, porem, póde ser um historiador. As cifras, as datas, os factos acumulados, não entrando em combinações, não têm finalidade e são como não existentes; ora essas combinações não as póde fazer o cerebro imbecil, que «é um armazem, mas não uma officina» (Tanzi).

Graças a uma memoria desenvolvida, podem os debeis, que não são senão uns imbecis menos desherdados, alcançar em certos meios um curso superior. Temos ha longos annos no serviço um imbecil, homosexual de voz eunucoide, diplomado em medicina por uma escóla brazileira. Um outro que observamos, estygmatisado e pro-

togonista de um drama sangrento, é diplomado em direito pela nossa Universidade.

A profunda insufficiencia intellectual d'estes atardados vem a manifestar-se na vida pratica, impedindo-os de utilisar um diploma extorquido á desattenção ou á benevolencia excessiva dos professores.

A *imaginação* dos imbecis é, como a das creanças, de uma notavel indigencia.

Essencialmente creadora, esta funcção intellectual, ou se applique ás artes para dar a obra esthetica, ou ás sciencias para gerar as syntheses e as theorias, ou ás industrias para traduzir em factos materiaes e concretos os principios abstractos das sciencias, suppõe um poder de relacionação mental, que o imbecil não possue, porque não abstráe, nem generalisa senão rudimentarmente. A funcção que no seu mais alto desenvolvimento caracterisa o genio, não póde possuil-a o imbecil senão no grau embryonario que gera os mythos, as fabulações inverosimeis ou grotescas e os processos de enganar.

A intelligencia dos imbecis é, quando muito, *vulpineana*.

Os *delirios* não são raros nos imbecis; não têm, porém, uma origem intellectual immediata. Ou são productos da imitação (*folie à deux*, loucura transmittida) ou consequencias ephemeras de estados de exaltação ou depressão.

Symptomas de ordem affectiva e moral. — O *infantilismo*, que caracterisa a intellectualidade dos imbecis, caracterisa egualmente a sua affectividade.

Antes de tudo, estes atardados são, como as creanças, essencialmente *egoistas*. A ternura, a veneração e a sympathia que constituem a base da vida familial, não as sentem; as doenças e os infortunios dos parentes não os perturbam, e, «se os paes lhes morrem, alegram-n'os as pompas funebres e os vestidos novos de luto» (Kraepe-

lin). Esta indifferença pela familia contrasta ás vezes com o affecto que consagram aos animaes de casa; todavia, com os de fóra são quasi sempre crueis e impiedosos, perseguindo-os, impondo-lhes torturas, mutilando-os até. O mesmo acontece em relação ás creanças.

Como os selvagens e as creanças, são extremamente *vaidosos*. Antagonista do orgulho, a vaidade leva-os ás ultimas humilhações para obterem um arrebique de *toilette*, uma condecoração, um titulo nobiliarchico, um logar decorativo. As mulheres vendem-se por uma joia; e por uma fita para a botoeira do casaco, por um baronato, por uma cadeira no parlamento, por um simples cargo de juiz de confraria, os homens submettem-se a toda a sorte de imposições degradantes e a todos os exageros de despezas. A vaidade fal-os ter na maior estima a faculdade de mandar, de que sempre abusam, torturando os que são forçados a obedecer-lhes. Os imbecis são quasi sempre *prepotentes*.

O reconhecimento de uma superioridade intellectual ou moral em quem quer que seja, desespera-os, porque são fundamentalmente *invejosos*.

Uma facil irritabilidade e uma notavel insufficiencia de forças inhibitorias tornam-n'os *colericos*. De ordinario, são ephemeras e apenas grotescas as suas crises de excitação; todavia, certas circumstancias (porte d'armas, embriaguez, resistencia da victima) podem tornal-as demoradas e tragicas.

O amor dos imbecis, eminentemente *eroticos*, confunde-se com a sensualidade e reveste frequentemente as fórmas de perversão que estudámos a proposito das psychoses sexuaes. D'aqui, a prostituição, vulgarissima nas mulheres e menos rara do que se pensa nos homens.

A insufficiencia intellectual torna-os *admirativos;* e a inveja que os caracterisa, não é mesmo senão um aspecto da emoção de espanto, que se traduz no olhar e nos actos de imitação d'estes degenerados. Falhos de iniciativa e

destituidos de caracter, copiam, como as creanças, o que nos outros os surprehende; e assim é que os analphabetos usam fixar os olhos sobre um jornal ou um livro, fingindo lêr.

São ainda os imbecis simultaneamente *timidos* e *fanfarrões*. A timidez é por vezes excessiva, denunciando-se na persistencia indefinida dos *terrores nocturnos*, proprios da infancia (Bianchi); as fanfarronadas constituem um dos aspectos da vaidade que os domina e tomam por vezes uma feição extremamente ridicula. Um debil contava-me que, sósinho e apenas munido de um cacête, destroçára e puzera em fuga, n'uma praça, uma companhia de caçadores; o mesmo referia-me que, em Africa, salvára de afogamento trinta pretos, lançando-se para isso trinta vezes á agua.

Fig. 49.—Debilidade mental (criminalidade)

Como as creanças, os imbecis são *mythomanos*. De facto, a mentira, as mais das vezes inconsciente e sem finalidade, é o natural exercicio da sua imaginação rudimentar e indigente. Sería uma superfectação dizer que a mentira imbecil tem um caracter grosseiro por que immediatamente se denuncía.

São ao mesmo tempo *credulos* e *desconfiados* (Tanzi). Como as creanças e os selvagens, acceitam o maravilhoso e o sobrenatural, mas não prestam adhesão aos resultados das sciencias. Os inventores de milagres e os charlatães recrutam entre os imbecis, que aliás não acreditam em microbios, uma larga e segura clientela.

A credulidade leva-os facilmente aos *delirios com-*

municados de perseguição e de grandeza; de facto, «os imbecis formam a côrte dos paranoicos» (Jacoby). Mas são inconsistentes esses delirios provocados e de certo modo artificiaes; com effeito, elles cessam desde que os imbecis são separados do perseguido ou do megalomano que os suggestiona e domina.

A credulidade faz ainda d'estes atardados materia amorpha nas mãos de exploradores de toda a ordem, politicos, religiosos e mercantis. Mas não os prejudica menos a irraciocinada desconfiança que sempre experimentam em face das coisas novas e que n'elles attinge as proporções de uma phobia *(misoneïsmo)*.

Fig. 50. — Imbecilidade (infanticidio)

Os imbecis são *preguiçosos*. A sua preguiça, porém, não se traduz, como nos idiotas, por ausencia ou morosidade de movimentos, mas por falta da persistencia que conjuga e orienta acções n'um fim predeterminado e util. De movimentos excessivos, os imbecis são todavia inhabeis para o exercicio methodico, para o trabalho.

São tambem *imprevidentes*. A deficiencia intellectual e affectiva, combinando-se com a preguiça, não lhes permitte interessarem-se pelo futuro proprio ou da familia. Só as coisas immediatas lhes suscitam emoções. Assim, os ricos facilmente se arruinam, deixando os parentes na miseria ou acabando, elles proprios, no parasytismo da esmola.

A *loucura moral* é frequente nos imbecis; e da conjuncção d'este syndroma com a preguiça e com o erotismo

resulta que a *mendicidade*, a *vagabundagem* e a *prostituição* são os destinos sociaes de um grande numero d'estes degenerados, sobretudo nas classes proletarias (Kraepelin, Benedickt).

Evolução.— Em regra, os imbecis são perpetuamente eguaes a si mesmos. Entretanto, os que offerecem accessos episodicos de mania e de melancolia podem, pelo facto mesmo d'estes accidentes vesanicos, perder alguma coisa do seu escasso patrimonio intellectual, cahindo em *demencia*.

Prognostico.— Relativamente á *duração da vida* é, de um modo geral, *benigno*. Ao contrario dos idiotas, destinados a uma terminação precoce, os imbecis attingem frequentemente a velhice.

Quanto á *mentalidade*, o prognostico é *sombrio*, porque a educação exerce uma influencia muito mediocre e excessivamente precaria sobre estes desherdados.

Diagnostico. — A insufficiencia mental que caracterisa a imbecilidade, existindo tambem na idiotia e na demencia, póde levar á confusão com estas figuras nosologicas; n'ella cahiram os primeiros observadores. O diagnostico differencial é todavia facil, tendo em conta os anamnesticos e a exploração somatica.

A confusão com a *demencia precoce* é possivel. A este proposito escreve Kraepelin: «Observamos não poucas vezes que sobre a base de uma debilidade mental existente desde a infancia se manifesta durante os annos do desenvolvimento e mesmo mais tarde uma peiora do estado psychico, trazendo comsigo todos os caracteres da demencia precoce. Ora esta coincidencia é frequente de mais para que a tomemos por casual. Eu considero, pois, verosimil que em taes casos a apparição da nova doença signifique uma revivescencia do mesmo processo morbido que na

primeira infancia produziu a imbecilidade. Por outras palavras: certos casos de imbecilidade não são, realmente, senão fórmas fetaes e infantis da demencia precoce.»

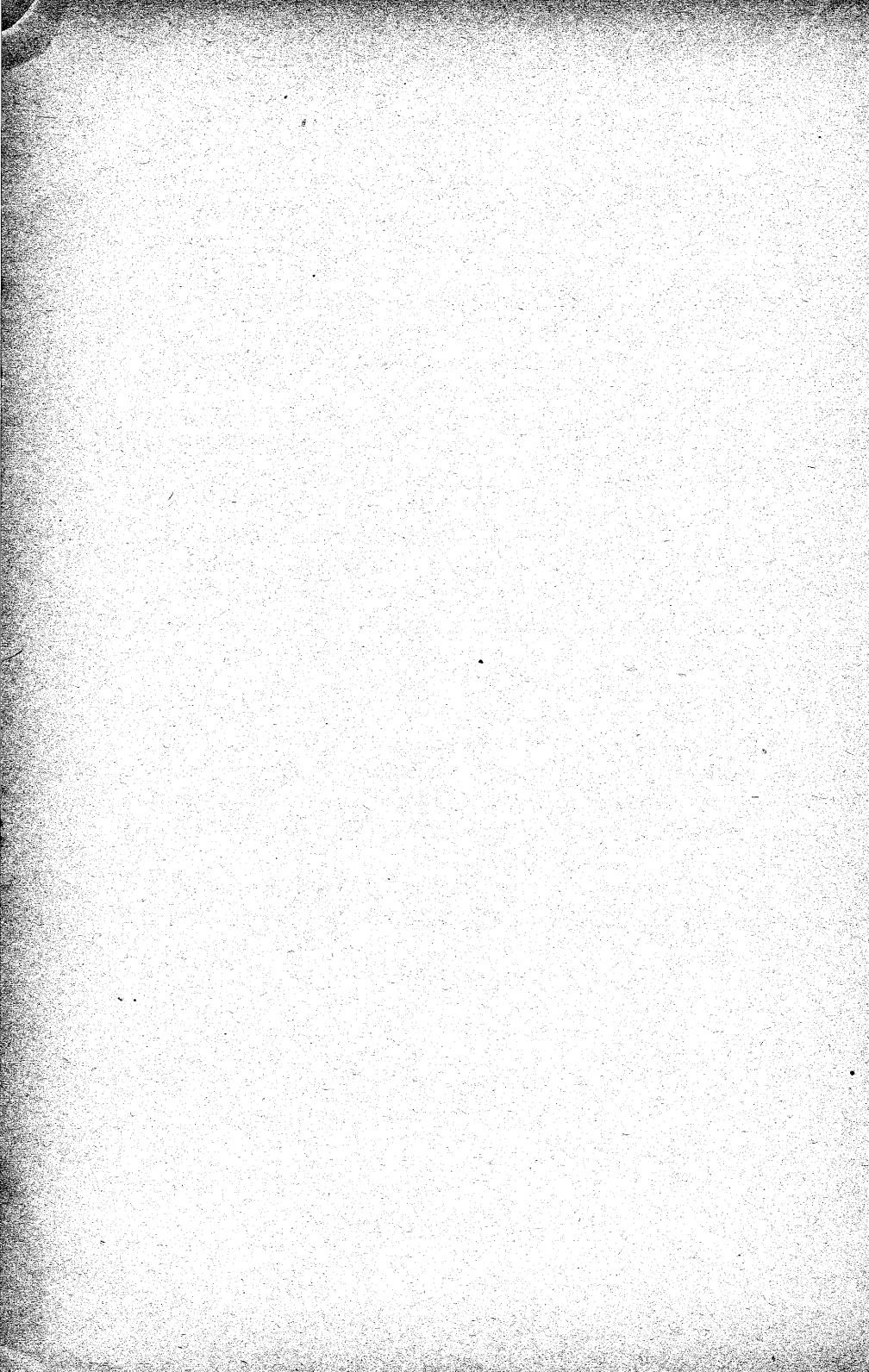
Tratamento.— Quando as perversões moraes dos imbecis os tornam antisociaes, o *isolamento* impõe-se. Os satyros, as nymphomaniacas e os mythomanos perigosos têm um logar nos manicomios.

A *educação*, tal como se pratíca nos institutos medico-pedagogicos, póde ás vezes modificar um pouco os fracos de espirito ou debeis mentaes; sobre os imbecis constitucionalmente immoraes ou excessivamente deficientes de intelligencia, a acção d'este meio é de nenhuma efficacia.

A *interdicção* é uma medida a adoptar em grande numero de casos. Tanzi acha, com razão, «indecente que um imbecil possa dispôr de um patrimonio.»

Pela adopção d'esta medida protectiva evitar-se-hiam desgraças e pleitos numerosos.

E' preciso impôr aos imbecis uma sevéra hygiene dietetica, impedindo-os de beber qualquer liquido alcoolico. Muito vulneraveis, estes anomalos excitam-se sob a acção dos agentes ethylicos, mesmo do vinho em pequena quantidade. Por analoga razão deve ser-lhe interdicto o uso do caffé e do chá.

Alguns d'estes anormaes são de uma *voracidade* inacreditavel; d'aqui a necessidade imperiosa de lhes regular a alimentação.

BIBLIOGRAPHIA

I. — TRATADOS, MANUAES, LICÇÕES CLINICAS E REVISTAS

E. KRAEPELIN, *Trattato de Psichiatria* (Traduc. italiana da 7.ª ediç. allemã, por Guido Guidi).
G. WEIGANDT, *Atlas-Manuel de Psychiatrie* (Traduc. franceza de Roubinovitch).
KRAFFT-EBING, *Traité de Psychiatrie* (Traduc. franceza de Laurent).
SCHÜLE, *Traité clinique des maladies mentales* (Traduc. franceza de Dagonet e Duhamel).

C. AGOSTINI, *Manuale di Psichiatria.*
E. MORSELLI, *Manuale di Semjotica delle Malattie mentali.*
E. TANZI, *Trattato delle Malattie mentali.*
L. BIANCHI, *Trattato di Psichiatria.*

E. RÉGIS, *Précis de Psychiatrie.*
G. BALLET, *Traité de Pathologie Mentale.*
J. SÉGLAS, *Leçons cliniques sur les Maladies mentales et nerveuses.*
V. MAGNAN, *Leçons cliniques sur les Maladies mentales.*

CLOUSTON, *Clinical lectures on Mental Deseases.*
HACK TUCKE AND BUCKNILL, *A Manual of psychological medecine.*
———— *A Dictionary of psychological medecine.*

Il Manicomio; Archivio di Psichiatria; Rivista sperimentale di Freniatria; Annales Médico-psycologiques; L'Encéphale; Archives de Neurologie; Journal de Psychologie normale et pathologique; Revue de Psychiatrie; Journal of Mental Science; The Mind.

II. — MONOGRAPHIAS E TRABALHOS ESPECIAES

Féré, *Du traitement des aliénés dans les familles.*
J. de Mattos, *O sonho neurasthenico* (Movimento Medico).
Marcel Labbé, *Le cytodiagnostique.*
Max Simon, *Le monde des rêves.*
Nanacéina, *Le surmenage mental.*
Sante de Sanctis, *I Sogni.*
Tissié, *Les Rêves.*
Vaschide et Pieron, *La psychologie du Rêve.*

Baillarger, *Goître et crétinisme.*
Briand, *Le délire aigu.*
Brissaud, *Gigantisme et infantilisme.*
Chaslin, *La confusion mentale primitive.*
Legrain, *Hérédité et alcoolisme.*
Lombroso, *Studii sulla pellagra.*
Marfaing, *L'alcoolisme.*
Pichon, *Le Morphinisme.*

Grasset, *Diagnostic des maladies de l'encéphale.*
J. Mickle, *General paralysis of the insane.*
Levallé et Delun, *La syphilis et la paralysie générale.*
Lwoff, *Troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau.*
M. Lemos, *A Paralysia Geral.*
Thivet, *La folie chez les vieillards.*

Bombarda, *Estudo dos microcephalos.*
Sollier, *L'idiot et l'imbécile.*

Deny et Camus, *La psychose maniaque-dépressive.*
Dumas, *Les états intellectuels dans la mélancolie.*
J. Séglas, *Le délire des negations.*
Masselon, *La mélancolie.*
Mordret, *La folie à double forme.*
Peon, *De la Mélancolie avec délire.*
Ritti, *Traité clinique de la folie à double forme.*

Boissier, *La neurasthénie et la mélancolie.*
Bouveret, *La neurasthénie.*
De Fleury, *La neurasthénie.*

Gélineau, *Les peurs maladifs.*
Levillain, *La neurasthénie.*
Marvel, *Les phobies.*

Batault, *L'hystérie chez l'homme.*
Collin, *L'état mental des hystériques.*
Legrand du Saulle, *Les hystériques.*
Pierre Janet, *L'état mental des hystériques.*

Delasiauve, *Traité de l'épilepsie.*
Féré, *Les épilepsies et les épileptiques.*
Frigerio, *L'epilessia e la pazzia morale.*
Frenkel, *L'automatisme dans l'épilepsie.*
Gilles de la Tourette, *Le traitement pratique de l'épilepsie.*
Herpin, *Des accès incomplets d'épilepsie.*
J. Falret, *L'état mental des épileptiques.*
Legrand du Saulle, *Étude médico-légale sur les épileptiques.*
Magnan, *Leçons sur l'épilepsie.*
Masson, *Troubles moteurs post-épileptiques.*
Toigne, *Du vertige épileptique.*
Tonnini, *Le epilessie.*
Venturi, *Le pazzie transitorie.*

Deny et Roy, *La Démence précoce.*

Dupain, *Délire religieux.*
Dupré, *La Paranoia légitime.*
J. de Mattos, *A Paranoia.*
Pottier, *Les aliénés persécuteurs.*
Sérieux et Capgras, *Le délire d'interpretation.*
Wallon, *Délire de persécution.*

Ball, *Folie érotique.*
Garnier, *Les fétichistes.*
Chevallier, *L'inversion de l'instinct sexuel.*
Krafft-Ebing, *Psicopatie sessuali* (Trad. italiana).
Laurent, *L'amour morbide.*
Moreau, *Des aberrations du sens génésique.*
Tardieu, *Attentats aux mœurs.*

———

INDICE-SUMMARIO

PAG.

Prefacio 8-10

PRIMEIRA PARTE

GENERALIDADES

CAPITULO I. — ***Etiologia:*** Divisão das causas; causas endogénes e exogénes. I — Hereditariedade; suas fórmas e seus estygmas physicos e psychicos. Casamentos consanguineos. Casamentos de interesse. Condições dos paes durante a procreação. Sexo; Raça; Edade. II — Traumatismos. Emoções subitas. Insolação. Intoxicações. Doenças infecciosas e constitucionaes. Doenças nervosas. Climas e influencias telluricas. Estações. Civilisação. Religiões. Guerras e revoluções. Profissões. Estado Civil. Condições de fortuna. Emoções depressivas. Excessos sexuaes. Educação. Contagio moral. Prisão cellular 12-32

CAPITULO II. — ***Symptomatologia:*** Divisão dos symptomas; symptomas psychicos e somaticos. I—Symptomas psychicos d'ordem affectiva. Hyperesthesia psychica dolorosa. Euphoria. Anesthesia psychica. Anesthesia psychica dolorosa. Exagero da emotividade. Perversões affectivas. Mudança de caracter. Symptomas psychicos d'ordem

PAG.

intellectual. Perturbações da attenção. Perturbações da memoria. Perturbações da percepção; allucinações e illusões. Perturbações da ideação. Perturbações da associação das ideias. Symptomas psychicos d'ordem activa. Perturbações dos reflexos; abulias e impulsos. Psychismos superior e inferior. Symptomas psychicos d'ordem complexa. Perturbações da personalidade. Perturbações da linguagem mimica, fallada e escripta. II — Symptomas somaticos. Perturbações da sensibilidade. Perturbações da motilidade. Dysarthrias. Symptomas organicos. Perturbações nutritivas, circulatorias, respiratorias, vasomotoras, digestivas, secretorias. Sangue. Liquido cephalo-rachydiano. Perturbações thermicas, menstruaes, do somno. Symptomas morphologicos; craneanos; faciaes; dos orgãos genitaes; dos sentidos; do pescoço e tronco; da pelle; do anus; da estatura (nanismo e gigantismo). III — Syndromas: demencia; syndroma paralytico e neurasthenico; excitação 33-136

CAPITULO III. — ***Evolução:*** Direcção evolutiva. Inicio e terminação. Duração. Typos de evolução. Estadios evolutivos. 136-146

CAPITULO IV. — ***Anatomia Pathologica:*** Lesões complexas. Alterações morphologicas, de peso, de consistencia. Lesões segundo a séde: meningeas, vasculares, nevroglicas, parenchymatosas 147-153

CAPITULO V. — ***Classificação:*** Base e estructura das classificações naturaes. Importancia e valor das classificações em psychiatria. Classificação adoptada 154-166

CAPITULO VI. — ***Diagnostico:*** Difficuldades especiaes. Exames psychiatricos, directo e indirecto 167-177

CAPITULO VII. — ***Prognostico:*** Condições derivadas da doença (fórmas, causas, evolução). Condições derivadas do doente (edade, sexo, instrucção, habitos de espirito). . 178-181

PAG.

CAPITULO VIII. — ***Tratamento***: I. Prophylatico. Causal; educativo. II. Tratamento curativo. Isolamento. Agentes especiaes: hygienicos; psychicos; physicos; cirurgicos; pharmacologicos 182-204

SEGUNDA PARTE

NOSOLOGIA

PRIMEIRA SECÇÃO

PSYCHOSES ACCIDENTAES

CAPITULO I. — ***Confusão Mental***: Definição e Variedades. Etiologia e Symptomatologia. Confusão mental asthenica, allucinatoria, estupida. Evolução. Prognostico. Anatomia pathologica. Natureza e Pathogenia. Diagnostico. Tratamento . . . 205-227

CAPITULO II. — ***Psychoses toxicas.*** — **Pellagra**: Definição. Etiologia. Symptomatologia. Evolução. Prognostico. Anatomia Pathologica. Natureza e Pathogenia. Diagnostico. Tratamento 228-239

Alcoolismo: Definição e Variedades. Etiologia. I. Alcoolismo agudo (embriaguez physiologica e pathologica). II. Alcoolismo chronico. Pseudo-paralysia geral alcoolica. Delirios agudos (delirio allucinatorio, delirio tremens). Evolução. Prognostico. Diagnostico. Anatomia Pathologica. Tratamento . . . 239-259

Morphinismo: Definição. Etiologia. Symptomatologia. Evolução. Prognostico. Diagnostico. Tratamento 260-267

Cocainismo: Definição. Etiologia. Symptomatologia. Evolução. Prognostico. Diagnostico. Tratamento 268-272

Saturnismo: Definição, Variedades. Etiologia. Symptomatologia. Evolução e Prognostico. Anatomia Pathologica. Diagnostico e Tratamento 272-274

PAG.

Thyroideïsmo: Psychoses myxedematosas: Cretinismo endemico; cretinismo esporadico; myxedema expontaneo dos adultos; myxedema operatorio dos adultos. Hyperthyroideïsmo (bocio exophtalmico) 275-293

CAPITULO III. — ***Cerebropsychopathias***. — **Demencia paralytica**: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia. Paralysia geral expansiva. Paralysia geral depressiva. Paralysia geral cyclica. Paralysia geral confusa. Evolução. Prognostico. Anatomia Pathologica. Natureza e Pathogenia. Diagnostico. Tratamento. . . . 294-328

Demencia senil: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia. Demencia senil apathica e delirante. Evolução. Diagnostico. Anatomia Pathologica. Tratamento 328-336

Demencia post-apoplectica: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia e Evolução. Prognostico. Diagnostico. Anatomia Pathologica. Tratamento 336-340

Psychopathias syphiliticas: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia (psychopathias da base e da convexidade). Evolução. Prognostico. Diagnostico. Anatomia Pathologica. Tratamento 340-345

Psychopathia traumatica: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia e evolução. Prognostico. Diagnostico. Anatomia Pathologica. Natureza e Pathogenia. Tratamento 345-349

Idiotia: Definição e Variedades. Cerebroplegias propriamente ditas; cerebroplegias frustes; cerebroplegias psychicas. Etiologia. Evolução. Prognostico. Diagnostico. Anatomia pathologica. Tratamento 349-360

CAPITULO IV. — ***Psychoses Affectivas***. — **Melancolia**: Definição e Variedades. Etiologia. Sympto-

PAG.

matologia. Melancolia simples, delirante, anciosa e attonita. Evolução. Prognostico. Anatomia pathologica. Natureza e Pathogenia. Diagnostico. Tratamento 361-388

Mania: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia. Hypomania; Mania typica; Mania com furor. Evolução. Prognostico. Anatomia Pathologica. Natureza e Pathogenia. Diagnostico. Tratamento 388-405

SEGUNDA SECÇÃO

PSYCHOSES CONSTITUCIONAES

CAPITULO V. — ***Loucura Periodica***: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia e Evolução. Prognostico. Diagnostico. Anatomia pathologica. Natureza e Pathogenia. Tratamento 406-413

CAPITULO VI. — ***Neuropsychoses.*** — **Neurasthenia**: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia. Neurasthenia adquirida e constitucional. Obsessões: intellectuaes, emotivas ou phobias, motoras, abulicas e impulsivas. Evolução e Prognostico. Diagnostico. Natureza e Pathogenia. Tratamento 414-433

Hysteria: Definição. Etiologia. Symptomatologia. Prognostico. Diagnostico. Tratamento 433-461

Epilepsia: Definição. Etiologia. Symptomatologia. Caracter epileptico. Equivalentes psychicos. Evolução e prognostico. Anatomia pathologica. Diagnostico. Tratamento. 461-484

CAPITULO VII. — ***Demencia Precoce***: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia. Demencia precoce hebephrenica, catatonica e paranoide. Evolução. Prognosti-

PAG.

co. Anatomia pathologica. Natureza e Pathogenia. Diagnostico. Tratamento. 485-516

CAPITULO VIII.—*Anomalias Mentaes.*—**Aberrações Sexuaes**: Definição e Variedades. Infantilismo sexual; hermaphroditismo central; erotomania casta; satyriase; nymphomania; uranismo (mysoginismo; homesexualidade simples); exhibicionismo; bestialidade; necrophylia; sadismo; masochismo; riparophylia; fetichismo. Etiologia. Evolução e Prognostico. Tratamento 517-530

Loucura moral: Definição e Variedades. Etiologia. Symptomatologia. Prognostico. Diagnostico. Tratamento . . . 530-539

Paranoia: Historia (trabalhos francezes, allemães e italianos). Etiologia. Definição. Variedades. Symptomatologia. Delirio de perseguições (delirio processivo e de ciume). Delirio ambicioso (delirio religioso e erotico). Prognostico. Diagnostico. Tratamento 539-591

Imbecilidade: Definição e Variedades. Symptomatologia. Evolução. Prognostico. Diagnostico. Tratamento . . . 591-599

INDICE DOS AUTORES CITADOS

Abundo, 119.
Agostini, 118, 123, 209, 218, 219, 221, 230, 233, 234, 239, 252, 264, 265, 277, 285, 288, 296, 300, 302, 304, 306, 322, 399, 404, 416, 464, 468, 479, 492, 498, 508, 512, 525, 526, 530 e 538.
Albers, 550.
Alzheimeer, 479 e 508.
Anglade, 153, 194 e 321.
Ardigó, 52, 78 e 92.
Arnaud, 547.
Arndt, 199, 488.
Aschaffenburg, 38, 485 e 488.
Babinski, 303, 433 e 447.
Baillarger, 38, 64, 159, 222, 295, 312, 381 e 539.
Ball, 211, 295, 369, 426 e 517.
Ballet (G.), 91, 219, 221, 319, 419, 445 e 530.
Bain, 53.
Bar, 38.
Bayle, 310.
Belmondo, 233.
Benedikt, 199.
Bergeron, 443.
Bianchi, 55, 89, 119, 160, 214, 296, 301, 313, 316, 317, 338, 349, 373, 520, 524, 526, 529, 561 a 564 e 566.
Binet, 525.
Blin, 501.
Bloc, 442 e 445.
Broca, 149.
Boismond, 63, 198.
Boissier, 377.
Bombarda, 158 e 229.
Bonkoffer, 252.
Bouchard, 338.
Bourneville, 351, 358 e 444.
Briquet, 435.
Brissaud, 18, 55, 284, 338, 352 e 445.
Bruce, 322.
Brunke, 501.
Buccola, 79.
Burghardt, 293.
Calmeil, 185, 310 e 320.
Camia, 221.
Camus, 549.
Capgras, 539, 547, 548, 569 e 570.
Carl, 277.
Ceni, 468.
Charcot, 183, 287, 418, 435, 437, 439, 441, 446, 483 e 517.
Chaslin, 189, 217, 222 e 479.
Chiari, 285.
Chricht-Browne, 150.
Christian, 109, 198, 202 e 488.
Clouston, 70.
Collin, 436, 450 e 451.
Comte (A.), 30, 31, 92 e 572.
Cottard, 44 e 123.
Cristiani, 389.
Cullére, 109, 143, 148, 150, 296 e 308.
Dagonet, 150 e 222.
Dallemagne, 422 e 423.
Darwin, 46.
Delasiauve, 160, 222 e 252.
Denis, 85.
Deny, 549.
Dericq, 504.
Descourtis, 69.
Dide, 492.

Diderot, 522.
Diefendorf, 510.
Doutrebente, 143 e 319.
Dumas, 382.
Dupré, 153, 321, 322, 549, 569 e 581.
Durand Fardel, 184.
Ebstein, 446.
Erlenmeyer, 266.
Esquirol, 20, 47, 156, 159, 185, 188, 193, 350, 359, 361, 377, 381, 539 e 540.
Etoc-Demasy, 222.
Falret, 72, 80, 159, 414, 426, 474, 539, 542 e 543.
Feré, 417 e 421.
Ferrari, 561.
Ferro, 416.
Ferrus, 38 e 222.
Flaubert, 522.
Flechsig, 61 e 96.
Follet, 149.
Forel, 104 e 507.
Fournier, 296.
Foville, 491, 540 a 542, 546, 549, 584 e 585.
Frigerio, 118.
Fritsch, 551.
Fürstener, 257.
Galezowski, 448.
Galiana, 341.
Garofalo, 531.
Georget, 222.
Gerente, 539, 543 a 546 e 574.
Giacomini, 351.
Gilles de la Tourette, 414, 442, 443 e 482 a 484.
Graefe, 447.
Grassé, 55, 92, 93, 95, 213 e 216.
Greco, 515, 561, 563, 564 e 566.
Greidenberg, 296.
Griesinger, 42, 144, 192, 370, 539, 549 e 550.
Guislain, 42, 144, 181 e 200.
Gull, 288.
Hack Tuke, 35, 79 e 539.
Hagen, 64.
Hecker, 485, 487 a 489, 492 e 502.
Hitsig, 558.
Höffding, 63, 64 e 98.
Huchard, 452.
Jacoby, 599.
James (W.), 78.
Janet (P.), 92 e 435.
Joffroy, 92.
Jolly, 436.
Jung, 553.
Kahlbaum, 64, 328, 485, 487 a 489 e 492.
Keraval, 341.
Klippel, 153, 321 e 381.
Knudt, 297.
König, 349 e 351.
Korsakoff, 212 e 257.
Kraepelin, 72, 89, 160, 163, 164, 189, 205, 240, 261, 262, 265, 266, 275, 322, 361, 388, 407, 410, 414, 436, 463, 486 a 492, 499, 502, 504, 507, 549, 553, 556, 557, 568, 569, 581, 582, 591, 592, 596 e 600.
Krafft-Ebing, 27, 43, 72, 123, 138, 217, 381, 382, 402, 421, 473, 481, 487, 517, 525, 530, 552 a 554, 556, 558, 562 e 581.
Krauss, 119.
Lallane, 515.
Lanz, 293.
Lasègue, 26, 67, 127, 215, 254, 349, 465, 491, 500, 539 a 542, 546, 549, 563, 572, 573 e 579.
Laurent, 517.
Legrain, 504 e 546.
Legrand du Saulle, 429, 450 a 452, 473, 542 e 584.
Lemos (M.), 74, 195, 199, 315 e 321.
Lerède, 326.
Liane de Pougy, 522.
Lombroso (C.), 29, 228, 231, 233, 238, 390, 463, 465, 473 a 475, 530, 533 a 537, 539 e 558.
Lugano, 64 e 65.
Lugaro, 273 e 468.
Lui, 119 e 468.
Lunier, 20.

Lustic, 277.
Luys, 16, 25, 53, 150, 152, 179, 321, 402 e 444.
Magalhães (A. de), 229.
Magnan, 18, 75, 80, 153, 222, 240, 245, 246, 297, 321, 420, 421, 456, 464, 487, 491, 497, 504, 517, 528, 529, 539, 545 a 548 e 563.
Magnus Huss, 239.
Mairet, 442.
Marandon, 15.
Marcé, 16, 22, 38, 179, 295 e 362.
Marchi, 285 e 508.
Mareschi, 285.
Marinesco, 479.
Marro, 304 e 516.
Mattos (J. de), 81, 122, 370 e 377.
Maudsley, 13, 20, 188, 192, 530, 539 e 558.
Meira, 229.
Mendel, 153, 436, 554 e 555.
Mercklin, 552.
Meynert, 216, 413, 479, 555, 556, 562 e 564.
Mickle, 421.
Mierzejewski, 445.
Mingazzini, 338.
Mirbeau (Octavio), 528.
Mœbius, 293, 296, 437, 443 e 445.
Montesano, 303.
Montyel, 150.
Moreau, 29 e 558.
Morel, 15, 17, 157, 160, 277, 414, 486, 487, 539 a 546.
Morselli, 39, 40, 49, 59, 79, 81, 118, 121, 122, 125, 127, 150, 160, 170, 184, 301, 351, 426, 485 e 488.
Motet, 187.
Muratow, 285.
Naecke, 38 e 525.
Neumann, 189, 517, 539 e 550.
Nina Rodrigues, 561.
Nissl, 479.
Otholenghi, 463.
Oppenheim, 447.
Parchappe, 152.
Paschal (M.lle), 510.
Penta, 525.
Peterson, 296.
Philippe, 54.
Piçarra, 241.
Picqué, 202.
Pieraccini, 228.
Pierre Marie, 293 e 445.
Pierret, 153 e 321.
Pillz, 289.
Pinel, 156.
Pitres, 50, 116, 421, 423, 426, 427, 436, 443, 449.
Pottier, 543.
Prichard, 530 e 531.
Raggi, 301.
Ramon y Cajal, 61, 96 e 508.
Redlich, 301.
Regis, 71, 74, 80, 116, 122, 123, 143, 152, 175, 180, 189, 194, 197, 199, 200, 204, 206, 208 a 210, 212, 213, 215, 217, 218, 222, 250, 251, 274, 295, 296, 324, 363, 365, 368, 375, 382, 421, 423, 426, 427, 429, 486, 492, 498, 499, 509, 514, 515, 530, 539, 547, 563, 572 e 574.
Regnard, 448.
Ribot (Th.), 101, 331, 422 e 423.
Richet, 481.
Ritti, 409, 410 e 414.
Riva, 138, 558, 559, 562, 572.
Rivano, 304.
Robertson, 303, 322.
Rossi, 479.
Roussel, 228.
Rüdin, 38.
Salgó, 554.
Samt, 476.
Sander, 551, 552, 554 e 571.
De Sanctis, 470.
Sauze, 38, 222, 227.
Schaefer, 551 e 552.
Scholz, 553.
Schüle, 43, 123, 160, 365, 367 373, 421, 473, 487, 554 e 555.
Sciamina, 445.
Séglas (J.), 44, 67, 72, 74, 81,

217, 222, 369, 370, 372, 373, 382, 422, 427, 429, 488, 491, 539, 547, 548.
Sémal, 110.
Sémon, 52.
Seppili, 150, 198, 234 e 463.
Serbsky, 485.
Serieux, 189, 296, 488, 492, 504, 515, 539, 547, 548, 569 e 570.
Sicard, 303.
Snell, 539, 550.
Sollier, 266, 350, 351, 354 e 434.
Spencer, 52, 54 e 92.
Spielmann, 550.
Strambio, 231 a 233.
Strumpel, 443 e 445.
Taine, 52, 53, 64 e 160.
Tambroni, 463.
Tamburini, 53, 57, 58, 64, 66, 67. 79 e 503.
Tanzi, 54, 58, 60, 61, 65, 66, 96, 138, 160, 163 a 166, 205, 209, 213, 216, 218, 219, 224 a 226, 233, 243, 246, 250, 251, 257, 259, 265, 267, 277, 278, 281, 283, 285 a 288, 293, 309, 314, 343, 344, 349 a 351, 353, 354, 356, 358, 360, 392, 414, 419, 434 a 437, 440 a 448, 452, 461, 465, 474, 476, 477, 479, 480, 486, 495, 501, 508, 509, 516, 517, 523, 526, 530, 531, 533, 534, 537, 558, 559, 562, 563, 565, 566, 568, 569, 572, 582, 590, 594, 595, 598 e 601.
Ticcinino, 119.
Tonnini, 560.
Toulouse, 481.
Trelat, 530.
Tuczeck, 153, 321 e 554.
Vassale, 275.
Venturi, 464.
Verga, 473.
Virchow, 329 e 351.
Vogt, 351.
Voisin, 38, 191, 197, 257, 303, 313 e 387.
Wagner, 284.
Wallon, 549 e 569.
Walter Edmonds, 293.
Wartmann, 245.
Weigandt, 28, 290, 295, 409. 410, 434, 462, 471, 485, 498, 507, 508, 532 e 558.
Weigert, 508.
Weir-Mitchel, 432.
Wenzel, 279.
Westphal, 414, 517, 539 e 551 a 554.
Widal, 303.
Wildermuth, 245 e 463.
Würth, 198.
Ziehen, 504.
Zola (E.), 16.

INDICE DAS MATERIAS

A

	Pag.
Abatimento psychologico . .	312
Abcessos do corpo thyroïdeo.	288
Abdomen proeminente . .	284
Aberrações sexuaes . . .	517
Absynthismo	245
Absyntho . . . . . . 240 e	464
Abulia . . . . 104, 367, 375 e	377
Abulias . . 85, 87, 176, 429 e	459
— parciaes	86
Abuso das funcções nervosas.	415
Abusos do alcool	397
Accesso	137
Accessos. . . . . 141, 143 e	144
— de automatismo . .	477
— periodicos de somno.	471
Accidentes convulsivos . .	505
— hysteriformes . .	509
Acção dos grandes focos de calor.	25
Acção mimica	102
Acções kyneticas	94
Acetonuria	304
Achromatopsia	247
— parcial. . . .	448
Acquisições immoderadas. .	316
Acrophobia.	428
Actividade onirica.	213
— polygonal . . 96 e	213
Actos automaticos.	91
Acuidade	140
Adherencias das meningeas á camada cortical do cerebro.	258
Aerophobia	428
Affectividade . . . . . 176 e	263
Agarophobia.	428
Agenesia. . . . . . . 520 e	531
Agilidade	536
Agitação. . 134, 135, 199, 267 e	398
— incoercivel	219
— motora . . 214, 224 e	226
Agitação muscular.	270
— violenta	309
Agitados.	197
Agraphia 49, 66, 108, 114, 132 e	300
Agrypnia 121,	122
Agueusia	303
Akynesia algera	445
Alalia . . . . 105 e	177
Albumina nas urinas . . .	118
Albuminuria . . . . . 252 e	304
Alcalinidade do sangue . .	118
Alcool. . . . . . 19, 262 e	296
Alcoolicos. . . . . 115, 186 e	189
— chronicos	247
Alcoolismo . 26, 38, 58, 71, 112, 116, 123, 133, 175, 176, 198, 199, 239, 257, 271, 274, 283, 295, 319, 322, 335, 347, 360, 469, 478, 480 e	481
Alcoolismo agudo. . . . 243 e	253
— chronico 151, 240, 246, 254, 257, 258 e	273
— fetal.	243
— dos recemnascidos	243
Alectuamento . . . 200, 226 e	328
Aleitamento. . . . . . 19 e	24
Algophobia.	428
Alienados chronicos	111
— chronicos e validos	194
— chronicos e tranquillos. . . .	188
— tranquillos	193
Alimentação.	196
— forçada 196, 202 e	203
— pela sonda esophagica	191
Allucinação.	339
— aperceptiva . . .	64
— perceptiva. . . .	64
— psychica	64

PAG.

Allucinação visual de incendios 373
Allucinações . 56, 60, 67, 81, 121, 176, 209, 213, 214, 217, 219, 224, 235, 250, 251, 256, 257, 292, 305, 333, 334, 362, 373, 374, 393, 403, 439, 440, 469, 491, 499, 507, 514, 541, 546, 548, 569, 576, 578, e 583
Allucinações aterradoras . . 267
— auditivas 250, 252, 316, 542 e 587
— auditivas bilateraes . . . 542
— corrigiveis . . 63
— elementares. . 448
— elementares da vista . . . 251
— genitaes . . . 75
— hypnagogicas . 69
— do olfato e do gosto . . . 251
— physiologicas . 64
— psychomotoras verbaes . . 67
— sensoriaes. 63 e 64
— verbaes . 66 e 67
— verbaes psychomotoras . . 373
— visuaes 250, 251, 252, 271, 338 e 587
— visuaes completas 251
Alogia 105
Alterações morphologicas. . 149
— morphologicas das unhas . . . 115
— nutritivas . . . 210
— da sensibilidade . 317
Amaurose . . . 267, 303 e 460
— hysterica . . . 447
Ambidextrismo congenito. . 536
Ambliopia . . . . 233 e 270
— hysterica . . . 447
Amencia 208, 209, 233, 480, 510, 513 a 515 e 556
— allucinatoria 135, 218 e 224
— asthenica 224
— attonita 209
— gravissima . 209 e 218
— hyper-aguda . . . 218
— das nevroses. . . 215
— primitiva. . . . 255

PAG.

Amencia simples 218
— symptomatica de auto-intoxicações. . 255
— sobre-aguda . . . 209
Amimia . . . . . 102 e 113
Amnesia 48, 49, 100, 131, 211, 212, 257, 301, 305, 306, 318, 331, 471, 476 e 477
— anterograda . . . 50
— circumscripta . . 346
— de fixação . 212 e 215
— lacunar 212
— persistente . . . 101
— retrograda . . . 50
— retro-anterograda 50, 212, 215, 374 e 348
— temporaria . . . 101
— dos traumatismos . 215
— verbal. 332
Amnesias verbaes 216
Amnorrheia. . . . 121 e 502
Amollecimento cerebral 132, 328 e 338
Amollecimentos 342
Amôr mórbido. 517
Amyasthenia . . . 122 e 364
Analgesia 109, 218, 302, 318 e 375
— cubital 303
Anaphrodisia 449
Anarthria . . . . 113 e 244
Anatomia pathologica . . 147
Anciedade 71, 79, 134, 135, 362, 369, 372, 375, 377 e 382
— nocturna 264
Androginismo 130
Anemia . . . . . 121 e 151
— cerebral 152
Anesthesia . 44, 246, 447 e 449
— affectiva 457, 494 e 509
— cenesthetica . . 110
— gustativa . . . 247
— kinesthetica . . 110
— psychica . . . 43
— psychica dolorosa 43 e 367
— do senso moral . 530
— tactil e thermica. 302
Anesthesias 41, 109 a 111, 232, 256, 269, 337, 347 e 444
Angioparalysia. 444
Angiospasmo 444
Angustia. . . . . . 79 e 378
Anideismo 305

PAG.
Anomalias . . . . 123 e 149
— de caracter. . . . 15
— dentarias 278
— mentaes 162, 165 e 517
— dos orgãos genitaes 18
Anorexia 117, 145, 231, 262 e 267
Anosmia. 303
Anthropophobia 428
Anti-periodicos. 204
Anuria 444
Anus e orgãos internos . . 130
Apathia 307
— alternando com irritabilidade. 342
Aphalgesia 449
Aphasia 49, 114, 308, 337, 340 e 468
— amnesica 113
— motora . 66, 113 e 342
— sensorial 113
— total 113
— transitoria. . . . 338
Aphasias motoras e sensitivas 338
Aphonia. 364
— hysterica 445
Apoplexia . . . 245 e 307
Apotherapia thyroideia 286 e 287
Apparelho cutaneo. . . . 129
Apraxia 97
Arithemomania. 428
Arterioesclerose 330, 337, 338 e 346
— diffusa . . 338
Arterite 342
Arthritismo. 329
Arvores genealogicas 170, 171 e 183
Arythmia cardiaca. . . . 267
Asemia . . . . . . 103 e 113
Asomnia. . . . . . 121 e 122
Aspecto de velhice precoce . 270
Asphyxias locaes. . . 116 e 303
Associação das ideias 211, 367 e 392
Astasia-abasia 445
Asthenia. 204
Asthenopia 418
Asylos 186
Asymetria . . . . . 18 e 129
— craneo-facial . . 465
— das orelhas. . . 128
— dos membros . . 465
— thoraxica . . . 129
Asymetrias craneanas. . . 358
— faciaes . . . 175 e 230
Ataques apoplectiformes 120, 304, 307, 317 e 333

PAG.
Ataques congestivos 307, 308 e 318
— convulsivos 219, 245 e 269
— epileptiformes 120, 304, 307, 308, 317 e 333
Atavismo psychologico. . . . 566
Ataxia . . . . . 233, 249 e 430
— affectiva. . . . 452 e 454
— cerebulosa 114
— mental 213
— moral. 452
Ataxias . . 111, 112, 132 e 133
Atheroma. 151
— arterial 258
Athyroideïsmo . . . 283 e 290
Atonia dos esphincteres 331, 335 e 339
— pylorica. 446
Atrazo psychico 592
Atrophia generalisada. . . . 331
— do penis 127
— do corpo thyroideo. 276
— da thyroideia . . . 288
Atrophias . . . 149, 355 e 464
— circumscriptas . . 247
— do cortex 150
— musculares 111, 113, 303, 318, 357, 360 e 373
Attenção . . . 45, 176 e 366
— diffusa 331
— difficil e fatigavel . 289
— fatigavel 348
— nos maniacos. . . . 391
Attentados aos costumes 189 e 332
— ao pudor 145
Attitudes estereotypadas . . 89
— dos melancolicos . 364
Aura motora 467
— psychica 468
— secretoria. 468
— sensitiva. 467
— sensorial. 467
— vasomotora 468
Auras . . . . 439, 462 e 480
— epilepticas 467
Ausencia. 470
— da barba no homem 130
— de dilatação reflexa das pupillas . . 501
— da glandula tyroideia 129
— de senso moral. . 474
Auto-accusação. 371

PAG.
Auto-accusações 453
Auto-denuncia 71
Auto-intoxicação . . 349 e 413
— secundaria . 322
Auto-intoxicações 228, 347, 464 e 481
Automatismo . . 83, 87, 92 e 307
— medullar . . 84
— mental . . . 215
— psychico. . . 213
Auto-mutilações 88, 109, 334, 375, 428, 497 e 510
Auto-philia 134

B

Baba sanguinolenta . . . 466
Bacillo dyphteroide . . . 303
— pneumococo . . . 303
Banhos de immersão . . 258
— frios de immersão . 198
— quentes . 258, 267 e 274
— sinapisados . . . 199
— sulfurosos 198
— tepidos . . . 198 e 226
— tepidos prolongados . 267
Basedowismo . . 204, 292 e 293
Barba na mulher 130
Bebidas alcoolicas. . . . 196
Belenophobia 428
Bestialidade. 525
Bocio. . 129, 277, 278, 280 e 292
— exophtalmico . 288 e 291
Bradilalia . . . . . 104 e 465
Brometos . . . . . 258 e 260
Bulimia 231

C

Cachexia 139, 236, 264, 271, 273, 280, 290, 318, 339 e 380
— chronica 275
— mortal 289
— myxedematosa . . 276
— pachidermica . . 287
— plumbea 272
— strumipriva . . . 290
Caimbra dos que escrevem . 114
Caimbras . . 111, 112, 247 e 446
Calmantes . . . . . 203 e 204
Calvicie 330
— precoce 130
Canicie 330

PAG.
Cancro 15
Cançaço cerebral 183
Caracter. . . . . . . 99 e 263
— dos epilepticos . . 472
— hysterico. 450
Cardiopathias . . 121, 139 e 337
Casas de campo . . 186 e 193
Casas de saude 186, 190, 191 e 193
Casamentos consanguineos 20 e 183
— de interesse. 21 e 183
Catalepsia 489
Catarata congenita. . . . 128
Catatonia 89, 103, 110, 346, 368, 485, 487 a 489, 495, 502, 503, 508 e 509
Catatonicos. 103
Catheterismo . . . 202 e 203
Causas . . 12, 13, 176 e 180
— endogénes (Internas; individuaes; intrinsecas) . . . 14 a 24
— exogénes (Externas; mesologicas; extrinsecas). . 24 a 39 e 158
Cegueira. 279
— cerebral 55
— cortical 95
— psychica . . 56 e 95
— verbal. . . 49 e 66
Celibato. 32
Cellas 191
Cenesthesia. 98
— perturbada . . 313
Cenestopathia 382
Centro de ideação 94
— psychico da linguagem 60
— gustativo e olfativo . 95
Centros imageticos. . . . 60
— motores. 94
— olfativos do cortex . 62
— psychicos 96
— representativos e ideativos. . . . 53 e 55
— sensoriaes 52, 55, 57, 59, 94 e 96
Cephaleia 26, 133, 210, 224, 232, 251, 260, 270, 273, 289, 333, 337, 342, 343, 363, 365, 366, 381, 417, 460, 467, 477, 501 e 505
— frontal 302
— gravativa. . 263 e 317
— intensa do vertice . 439

PAG.

Cephaleia violenta 219
Cerebropathias 180
— infantis 352 e 353
Cerebroplegia 350
Cerebroplegias frustes . . . 354
— propriamente ditas . . 354
— psychicas . . 354
Cerebropsychopathias 133 162, 212, 293, 313, e 322
Cheiro da loucura 118
Chismophobia 428
Choques traumaticos . . . 49
Choreia . . . . . . 114 e 355
— electrica 443
— rythmica 443
Chôro espasmodico . . . 338
Chronicidade 140
Chumbo nos leucocytos . . 274
Cicatrizes peripbericas . . 464
Cifra de curabilidade . . . 179
Cintura cylindrica 196
Ciumentos 189
Civilisação 28
Classificação 154
— adoptada . 160 e 161
Classificações artificaes . . 156
— em psychiatria (sua importancia e valor) 159
— naturaes . 156 e 157
— symptomaticas. 156
Claustrophobia 428
Clavo hysterico . . . 439 e 449
Climas e influencias telluricas 27
Clono do pé 302
Cocaïna . . . . . . 19 e 265
Cocaïnismo . . . . . 26 e 268
Cocaïnomania 268
Colera . . . . 45, 134 e 400
Collapso . . . . . 265 e 267
Coloboma 128
Colonias agricolas 186, 194 e 195
— familiaes 186, 194 e 195
Commoção cerebral . . . 345
Commotividade exagerada . 176
Compressão cerebral . . . 327
Concentração dolorosa . . 144
Condições de fortuna . . . 33
Conducção centripeta . . . 51
Conducta dos perseguidos . . 579
Conformação viciosa da bacia 129

PAG.

Confusão mental 25, 26, 47, 50, 102, 104, 116, 117, 123, 160, 162, 166, 168, 189, 199, 200, 202, 208, 233, 235, 271, 273, 292, 306, 314, 346, 348, 477, 505, 514 e 592
Confusão mental aguda . . 341
— — allucinatoria 79, 140, 217, 225, 264, 270, 383, 384, 403 e 457
— — asthenica 217, 224, 225 e 556
— — com estupor 385
— — delirante . 289
— — episodica . 343
— — idiopathica . 326
— — meningitica . 218
— — sobre-aguda 291
Confusos catatonicos . . . 102
Congestão cerebral . . . 152
— cerebral generalisada 402
Congestões . . . 151 e 329
— cephalicas . . . 327
— generalisadas . . 152
Connotações 52
Consanguinidade . . . 20
— dos progenitores 463
Consciencia completa . . . 92
Constipação 117, 145, 219, 231 e 262
— alternando com a diarrheia 267
Constricção laryngo-pharyngea 439
Contagio moral 37
Contracções espasmodicas . 308
— musculares . 81
Contracturas 111, 357, 446, 460 e 464
Contusões 346
Convalescença 143
Convalescentes . . . 193 e 194
Convergencia mental . . . 78
Convivio com nevropathas 437
Convulsões 84, 87, 111, 235, 247, 251, 273, 284, 342, 347, 357, 466, 469 e 480
— epileptiformes 252 e 289
Convulsões sociaes 31

PAG.
Côr plumbea da pelle . . . 273
Corrente do pensamento . . 78
Cortex visual 62
Craneotomia 200
Cretinismo . . 27, 179, 181 e 350
— endemico . 162, 204, 276, 282, 283, 284, e 285
— esporadico 204, 276, 282, e 285
— sem papeira . . 281
Cretinoides 279
Cretinos alalos 287
Crimes 15
Criminalidade 474
— congenita . . 530
Criminosos 186
— natos . . 533 e 535
Crises convulsivas epileptiformes 271
— epilepticas 49
— epileptiformes . . . 295
— de narcolepsia . . . 417
— de somno 123
Cropolalia . . . . 106 e 428
Cropophagia 111
Cropostase 132
Curabilidade . . . 138 e 180
Curas tardias 401
Cyanose das extremidades . 501
Cynismo da conducta . . . 307
Cyphoescholiose 278
Cyphose 278
Cyrrhose atrophica do figado. 246
Cytodiagnostico 201, 303, 325 e 515

D

Daltonismo 448
— moral 530
Débacles diarrheicas . . . 117
Debeis mentaes 593
Debilidade mental . . 102, e 592
— muscular . . . 256
Deficiencia da reacção vasomotora . . . 536
— de tonicidade muscular 111
— mental 279
Deformações esqueleticas . . 276
— estygmaticas da bocca . . 129

PAG.
Deformidades osseas 360
Degeneração gordurosa do coração 246
Degenerados 85, 87, 123, 139. 141, 144 e 189
— obsessivos . . 75
— hereditarios 26, 70 e 111
— superiores . . 149
Degenerescencia . 240, 254 e 514
— alcoolica 248 e 251
— gordurosa dos vasos. 258
— hereditaria . 351
— mental . . 71
— nervosa 164 e 414
— psychica 165 e 517
— saturnina 273
Degenerescencias psychicas 180 e 181
Dilatação do estomago . . 246
Delictos 510
— e crimes contra as pessoas e contra a propriedade 88
Delirio 121, 224, 369, 370, 378, 379 e 382
— agudo 118, 119, 120, 140, 180, 198, 216, 218, 219, 235, 249, 250 e 258
— agudo dos maïdicos . 234
— alcoolico 215
— allucinatorio 240, 250, 251 e 253
— ambicioso (Vêr Delirio de grandezas) 73, 75 e 545
— asthenico 553
— de auto-accusação 76, 383 e 384
— de auto-accusação systematisado primitivo 574
— chronico . . 543 e 545
— chronico de evolução progressiva . . . 539
— chronico de evolução systematica . . . 545
— chronico de Magnan . 489
— de ciume 72, 270, 558 e 582
— ciumento 334
— confusional 215
— de culpabilidade 75 e 370

PAG.

Delirio de collapso. . 208 e 222
— defensivo 73
— de enormidade 313 e 378
— erotico 102, 556, 560 e 590
— espectante. . . . 373
— de exageração. . . 313
— expansivo dos paralyticos 311
— de grandezas ou ambicioso 76, 102, 103, 142, 152, 175, 249, 257, 309, 310, 319. 334 e 584
— de humildade . . . 384
— hypocondriaco 73, 74, 76, 270, 312, 325, 542 e 543
— hypocondriaco da forma depressiva da paralysia geral. . 325
— hypocondriaco dos paralyticos . . . 313
— hypocondriaco systematisado . . . 547
— hysterico 103
— de inanição. . . . 208
— de infidelidade conjugal. 264
— de interpretação 539 e 547
— megalomaniaco (Vêr Delirio de grandezas) . . 73, 142 e 314
— megalomano da forma expansiva da paralysia geral. . 325
— megalomano dos paralyticos . . 310 e 311
— melancolico 71, 334, 369, 371, 372 e 373
— metabolico de personalidade. . . . 76
— micromaniaco. . . 313
— de milhões. . . . 310
— mixto 314
— mystico. . . 75 e 102
— de negação. . 313 e 378
— onirico 197, 122, 200, 215, 216 e 222
— da paranoia . . . 372
— persecutorio 75, 270, 314, 500 e 580
— persecutorio no alcoolismo chronico . . 249

PAG.

Delirio persecutorio da demencia paranoide. 578
— persecutorio da paranoia 578
— de perseguições 70, 76, 102, 106, 175, 177, 315, 334, 539, 542, 550, 556 e 571
— de perseguições e defeza. . . . 76
— polygonal. . . . 216
— de possessão corporea 73
— prematuro. . . . 184
— processivo 72, 552, 553, 556 e 580
— prophetico. . . . 174
— de reivindicação 539 e 548
— religioso 586
— retrospectivo. . . 373
— de ruina 370
— sensorial . . 208 e 554
— sobre-agudo . . . 250
— de sonho 215
— sub-agudo. . . . 250
Delirios 70. 176, 213, 217, 270, 328, 333, 339, 354, 362, 393, 397, 399, 401, 499 e 500
— d'actos. 78
— allucinatorios. . . 77
— allucinatorios do alcoolismo . . . 555
— confusionaes . 214 e 295
— dos degenerados 539 e 547
— depressivos . . 294
— diffusos 76
— *d'emblée* 77
— emotivos . . 78 e 414
— expansivos . . . 294
— febris . . . 50 e 208
— de formas alternas . 295
— incoherentes . . . 86
— nos imbecis . . . 596
— intellectuaes . . . 77
— de involução . . . 74
— multiformes . . . 503
— palingnosticos 76, 101 e 104
— paralyticos. . . . 315
— paranoicos. . 81 e 254
— paranoicos, seus caracteres 566
— paranoicos ou systematisados . . . 72

PAG.

Delirios paranoides 249, 251, 254, 271, 295 e 489
— paranoides dos alcoolicos. . . . 257
— paranoides symptomaticos do alcoolismo 254
— polymorphos . 491 e 546
— polymorphos dos degenerados hereditarios 504
— primitivos. . . . 77
— protopathicos. . . 540
— secundarios . . . 77
— symptomaticos . . 540
— de systematisação progressiva . . 371
— systemathisados 69, 76, 135, 174, 177, 194, 326 e 505
— systematisados ou paranoides . . . 240
— systematisados primitivos. . . . 539
— systematisados secundarios . 379 e 380
— toxicos. 140
Delirium tremens 102, 118, 198, 240, 250, 251 a 253 e 267
Delirium a potu nimio . . 249
Delirium a potu suspenso . 250
Demencia 42, 43, 46, 49, 79, 84, 101, 107, 109, 110, 115, 117, 118, 131, 132, 138, 149 a 152, 156, 168, 177, 181, 190, 193, 225, 234, 270, 271, 273, 306, 313, 325, 359, 379, 380, 401, 411, 430, 458, 545 e 600
— agitada. . . . 506
— aguda 208
— aguda curavel . 217
— apathica . . . 506
— aphasica . . . 337
— completa . . . 348
— hemiplegica 336 e 337
— hemorrhagica 112, 153, 175, 324, 336 e 532
— juvenil. . . . 324
— juvenil primitiva 514

PAG.

Demencia paralytica 75, 153, 239, 249, 254, 256, 257, 273, 274, 294, 309, 324, 335, 344, 345, 403, 488, 492, 509, 5155 e 532
— paralytica juvenil 515
— paranoide 490, 503, 577 e 578
— parcial. . . . 348
— primitiva juvenil. . 485 e 488
— por lesões em foco 149
— post-apoplectica 336 e 347
— post-confusional. 514
— precoce 24, 64, 89, 97, 102, 105, 117, 118, 135, 165, 177, 180, 181, 184, 296, 315, 414, 430, 456 485, 592 e 600
— precoce de Morel 489
— precoce hebephrenica. 225 e 457
— progressiva . . 273
— senil 24, 44, 75, 114, 135, 137, 149, 153, 157, 181, 241, 296, 324, 328, 339, 340, 492 e 532
— senil apathica . 333
— senil com delirio hypocondriaco 336
— senil delirante . 333
— syphilitica . . 344
— terminal . . . 254
Demencias . . 111, 212 e 476
— consecutivas 117, 135 e 179
— consecutivas a lesões grosseiras do cerebro 44
— globaes . . 493
— incompletas. . 493
— organicas . . 118
— primarias . . 180
— primitivas. 139 e 324
Dementes 107, 108, 111, 117, 174, 186 e 189
— precoces. . . 102

PAG.

Dementes senis 518
Dentes. Implantação viciosa dos dentes . . . 18
Deplecções sanguineas . . 226
Depressão . 42, 204, 251, 292, 337 e 339
— melancolica 78, 193, 309, 376, 400 e 409
— mental. . 133 e 134
— psychomotora . 325
Dermographia. 444
Dermographismo. . 116 e 502
Derrames 150
— serosos da arachnoideia 151
Desalento 42
Descamações cutaneas . . 115
Desconfiança 45
Desdobramento da personalidade. 49
Desegualdade das pupillas. . . . . . . 216 e 501
Desequilibrio cenesthetico. 454
Desgostos 362
Desmorphinisação 265, 266 e 271
Desordens psychomotoras . 89
Despezas excessivas. . . 397
Desproporção de idade dos progenitores 463
Desvios da columna vertebral 129
Deteriorisação dos dentes . 263
Diabete. 338
Diagnostico 167
— differencial. . 177
Diarrheia . 133, 219, 232 e 262
— serosa e incoercivel 235
Diathese amyosthenica. . 446
— de contractura 420 e 446
— de incoercibilidade physica . . 414
— de incoercibilidade psychica. . 421
Dicrotismo. 115
Diminuição de peso . . . 270
— do ouvido . . 303
— genesica. . . 133
Diplopia . . . . 233 e 270
— monocular . . . 446
Dipsomania 241, 254, 271 e 428
Dissimulação . . . 45 e 177
— de loucura. . 168

Pag.

Dissipação. 189
Dissociação de personalidade. 213, 253 e 306
— ideativa. . . 78
Dissociações completas da consciencia . 101
— incompletas da consciencia . 101
Disvulnerabilidade . . . 465
Doença de Basedow 114, 276, 291 e 496
— de Beard 114, 362, 414, 419, 510 e 511
— dos tics 443
— da infancia . . . 123
— diathesicas . . . 354
— infecciosas . 362 e 432
— infecciosas agudas 288
— infecciosas da infancia 464
— nervosas. . . . 27
— organicas. . . . 123
— dos parentes . . 176
— toxico-infecciosas . 416
Dôr moral 42
Dôres fulgurantes . 269 e 418
— testiculares 418
Dromomania 428
Duchas. 226
— escossezas . . . 199
— frias 267
— frias em chuveiro . 198
— tepidas em chuveiro 198
Dupla personalidade. . . 100
Dysarthria 133, 249, 270, 465 e 515
— syphilitica . . 344
Dysarthrias 112, 113, 216, 262, 299, 335, 342 e 355
Dyscrasias toxico-infecciosas. 221
Dyschromatopsia. . 247 e 448
— hysterica 447
Dysgraphia. . . . 249 e 318
Dysgraphias . . . 107 e 300
Dyslogias 106
— graphicas. . . 107
— verbaes. . 104 e 108
Dysmenorrheia 121, 270 e 418
Dysmorphophobia . . . 428
Dyspepsia . . . . . 273 e 381
— atonica . 133 e 417

Pag.

Dyspepsia gastro-enterica . 270
Dyspneia 262
Dystrophia. 318
— thyroideia . . 279
Dystrophias . . . . 149 e 303

E

Echimoses subcutaneas. . 444
Echokynese 496
Echokynesia . . . 89 e 97
Echolalia . . 89, 97, 106 e 496
Echomimia. . . . 103 e 496
Echopraxia . . . 103 e 496
Echosemia. 103
Eclampsias. 461
Ecmnesia 50
Edade avançada dos progenitores 463
Edemas. . 116, 363, 444 e 501
Educação . . . . 35 e 601
— physica . . . 37
— religiosa . . . 36
Electricidade 199
Electrolepsia 443
Egocentricidade 403
Egoismo 18
— inconsciente . 307
Emaciação . . . . 303 e 318
Embaraço da palavra . . 318
Embolias . . 342, 353 e 359
Embolia cerebral. . 337 e 339
Embriaguez 428
— cocaïnica . . 268
— morphinica 244 e 260
— pathologica 240, 243, 245 e 254
— physiologica 240, 243, 244 e 254
Emissões involuntarias de urina durante a noite. . 471
Emoção. 346
Emoções depressivas 33, 297 329
— deprimentes . . 437
— subitas 25
— subitas e violentas. . . 362 e 409
— violentas . . . 337
Emotividade . . . . 176 e 306
— exagerada. . 132
Encephalite intersticial diffusa. . . 294, 309, 314 e 321

Pag.

Encephalite parenchymatosa 321
Encephalites infantis . . 409
Encephalopathias infantis . 412
Encephalo de paralytico . 320
Endoarterite 342
Endo-intoxicações 209
Enfaixamento. . . 199 e 226
Enfraquecimento demencial 383
— da memoria . 330
— e obnubilação da intelligencia . 267
— psychico. 309
Engasgamento 318
Engrammas 52
Enteralgia. 231
Envenenamentos. . 161 e 228
Enxaquecas ophtalmicas . 471
Epidemias hystericas . . 437
Epilepsia 22, 27, 38, 49, 87, 100 a 102, 109, 110, 112, 118, 123, 135, 346, 360, 438, 439, 442, 457, 461, e 534
— abortiva. . 470 e 478
— alcoolica . . . 245
— commum . . . 345
— convulsiva franca 308
— generalisada 342 e 355
— idiopathica 245, 308, 345 e 532
— impulsiva . . . 471
— infantil. . . . 127
— infantil e dos adolescentes . . 478
— jacksoniana 308, 342, 357, 443, 468, 469 e 481
— larvada. . 462 e 536
— major 466
— minor 470
— procursiva. . . 470
— psychica . . . 476
— sensitiva . . . 469
— symptomatica dos cerebroplegicos. . . . 478
— syphilitica 340, 343 e 345
— vertiginosa . . 308

Pag.

Epilepsias com demencia . 25
— de origem toxica 481
— reflexas 481
— traumaticas 201 e 481
Epilepticos 75, 87, 119, 164, 168, 175, 186, 189, 196, 197 e 245
Epispadias. . . . . 127 e 175
Equivalentes da epilepsia . 245
Erethismo genesico . 75 e 522
Éreutophobia 116
Erotomania casta. . . . 521
Erotismo . . . . . 75 e 475
— platonico . . . 521
Erro. 70
Erros conceptuaes . . . 546
— psycho-sensoriaes . 328
— sensoriaes 77, 384, 393, 397, 489 e 546
Eructações. . . 145 e 231
Erythemas. . . . 232 e 303
Erysipela 283
Escaphocephalia 126
Escharas 115
— de compressão. . 303
Escholiose. 278
Esclerose em placas. . . 446
Escleroses 150
— da nevroglia . . 125
Escripta akinetica . . . 144
— ataxica 114
— espasmodica . . 114
— incontinente . . 396
— inintelligivel . . 252
— paralytica . 114 e 300
— tremida. . . . 114
Espasmo exophagico . . 235
Espasticidade . . . 487 e 512
— muscular 496, 502 e 503
Espirito de imitação dos hystericos 454
Estabelecimentos especiaes 186
— mixtos 186 e 193
Estadios evolutivos . . . 144
Estado cretinoide das mulheres adultas . 288
— de mal . 308, 478 e 484
— de mal epileptico 120, 359 e 442
Estados allucinatorios 102, 103 e 105

Pag.

Estados de anciedade e estupor 312
— cataleptiformes. . 216
— catatonicos . . . 216
— de confusão. . . 317
— confusionaes 89, 103, 112 e 343
— depressivos 103, 104 e 107
— de depressão . . 120
— de exaltação . . 104
— obsessivos . 100 e 115
— intellectuaes obsessivos 194
— vertiginosos. . . 337
Estatisticas. . 15, 16, 32 e 179
— manicomiaes . 490
Estercorarios 526
Esterilidade . . . 181 e 280
Estereotypias 381, 495, 489, 505 e 509
— akyneticas . 496
— graphicas. . 108
— ideativas . . 214
— motoras . . 89
— parakyneticas . 89 e 496
— verbaes 106, 108 e 371
Estimulantes 204
Estomatite. 231
Estrabismo. 18, 219, 355 e 446
Estreitamento do campo visual. . 536
— concentrico do campo visual. . 447
— dos sentimentos altruistas 132
Estupidez 109, 118, 204, 209, 211, 213, 217, 218, 222 e 487
— confusional 115, 175 e 177
— melancolica 175, 177 e 223
Estupido 85
Estupor . 362, 368, 377 e 379
Estygmas . . . . . . 18 e 124
— degenerativos 123, 129, 464 e 593
Ether 19
Ethylismo 239

Pag.

Etiologia 12
Euphoria . 43, 73, 235, 241, 244, 249, 260, 264, 268, 309, 310, 388, 394, 400 e 402
— dos hypomaniacos 107
Evasões. 192
Exagero de emotividade . 44
— de reflexos. . . . 355
— dos reflexos tendinosos 233, 235, 418, 465, 486 e 501
— dos reflexos tendinosos e cutaneos 270
— dos reflexos tendinosos com hypertonia muscular 468
Exaltação . . . . . 134 e 135
— maniaca . . . 102
— da vontade . . 392
Exame directo . . . 135 e 173
— indirecto ou anamnestico . . 39, 146 e 169
Exames psychiatricos . . 169
Exanthemas 283
Excessiva vaidade . . . 474
Excessos alcoolicos . . . 329
— sexuaes 33, 45, 297 e 478
— de trabalho . . 362
— venereos . 329 e 415
Excitação . 42, 134, 267, 292, 327, 339 e 340
— geral 309
— maniaca 78, 104, 241, 388, 393, 394, 400 e 403
Excitabilidade emocional . 474
Excitantes. 267
— nervinos . . . 226
Execução automatica de actos. 470
Exhaurimento. 209
— cerebral. . 213
— nervoso. . 219
Exhibicionismo . 332, 518 e 525
Exo-intoxicações. . . . 209
Exophtalmia . 127, 291 e 292
Expansão . . . . 134 e 135
Explosões de cólera . . . 306
Expressão mimica . . . 102
— physionomica dos epilepticos. 465

Pag.

Expressão physionomica no louco moral ou criminosonato 534
Extirpação do bocio. 290 e 291
Extrema religiosidade . . 475

F

Facies potatorum. . . . 247
Fadiga 365
— extrema com obtusão intellectual. . . . 268
Falsa epilepsia 462
Falsas remissões 319
— sensações de insectos procurando romper a pelle 271
Falso rachitismo 284
Falta do hymen 127
— de rubor. 536
Faradisação cerebral. . . 199
— cutanea. . . 267
— peripherica . 199
Faradisações 226
Fatuidade 592
Fealdade extrema . . . 20
Febre 251
— hysterica 445
— persistente e elevada 216
Fetichismo. . . . 526 e 528
Fetidez do halito. . . . 117
Flexibilitas cerea. . 89 e 368
Fluxão do cerebro . . . 404
Focos hemorrhagicos dispersos 258
Folie à deux . . . . 37 e 596
Fontes da papeira . . . 277
Fórmas exaltadas. . . . 118
— depressivas . . . 118
— nosologicas . . . 179
Formigueiros 269
— das extremidades. 268
Fracos de espirito 104, 174, 186, 279 e 593
Fracturas craneanas. . . 346
— expontaneas. . 303
Fragilidade dos ossos . . 115
Franklinisação 199
Fraqueza da attenção e da memoria. 342

Pag.

Fraqueza ou pobreza de espirito 285, 350 e 592
— motora 471
— da vista . . . 232
Frigidez genital 45, 75, 263, 270, 364, 418, 520 e 522
Fuga das ideias 79
Fugas . 428, 495, 498, 503 e 510
Fulgurações luminosas . . 250
Funcções nutritivas . . . 263
— renaes 304
Furor . . 393, 394, 400 e 401
— intenso 404
Furtos . . . . . 145, 189 e 428

G

Gaguez . . . . . . 15 e 113
Galvanisação cerebral . . 199
Gangrenas 318
Gastralgia . . . . 231 e 267
Gastrite 246
Gatismo 111, 132, 218, 328 e 335
Genio 29
Generalidades 11
Gestos 102
— estereotypados . . 135
Gigantismo 130
Globo hysterico . . 439 e 446
Glycosuria 304
Glyose 352
Gommas 342
Gosto 69
Gotta 15
Grande hysteria . 493, 440 e 443
Grande mal . . 461, 466 e 478
Grande mal intellectual 476 e 480
Graphorrheia ou graphomania . . . . . 108 e 396
Gravidez . . . . 19, 24 e 409
Grippe 224
Guerras e revoluções . . . 31
Gymnastica methodica . . 185
Gynandria 130
Gynecophobia 428

H

Habitação 196
Habitos immundos . . . 111
Hebephrenia 226, 485, 487, 488, 502 e 504

Pag.

Hebephrenia catatonica . 489
Hematophobia . . . 427 e 428
Hemianalgesia 447
Hemianesthesias 333, 447 e 448
Hemianopsia 54
— homonyma . 355
Hemiatrophia facial . . . 355
Hemicranea ophtalmica . . 317
Hemiplegia 175, 308, 340, 342 e 445
— esquerda . . . 318
Hemorrhagia cerebral 132, 337 e 339
Hemorrhagias . 346, 362 e 444
— capillares . 365
— cerebraes 329, 335 e 338
— cutaneas . 303
— hystericas . 444
Hereditariedade 14, 16, 21, 26, 123, 166, 207, 319, 355, 362, 380, 384, 409, 415, 416, 435, 456, 463, 492, 517, 529, 532 e 571
— congestiva . 295
— congestiva e arthritica . 337
— directa e similar . . 230
— morbida . . 164
— similar na genese do cretinismo . . 282
— vesanica . . 295
Heredosyphilis 123
Heredotuberculose . . . 123
Hermaphroditismo . . . 127
— central . 521
Hernias congenitas . . . 129
Historia ancestral . . . 39
— da doença . . . 173
— familial 170
— individual . . . 39
— pregressa . . 172
Homicidio . . . . . 72 e 428
— melancolico . . 375
Homosexuaes 583
Homosexualidade 34, 88, 111 e 528

Pag.

Homosexualidade accidental . 522
— constitucional 517 e 521
Hospital . . . . . 186 e 187
Hydrocephalia. . . . 125 e 230
Hydromania 231
Hydrophobia 219
Hyperacusia . . . 110 e 418
Hyperalgia. 232
Hyperalgesias. 302
Hypnalgesia psychica . . 544
Hyperhydrose. 501
Hyperesthesia. 246
— genital . . . 110
— psychica dolorosa. 42 e 43
— tactil. . . . 232
Hyperesthesias 41, 109, 110, 111, 256, 262 e 449
Hypermimia 102
Hypermnesia . . 48, 50 e 395
Hypersemia 103
Hyperthermia. 120
Hypersubjectivismo. . . 453
Hyperthyroideïsmo 276, 287 e 291
Hypertonia geral. . . . 233
Hypertrophia do coração . 246
— da glandula thyroideia . 230
— do penis . . 127
Hypertrophias. 125
Hypnose suggestiva. . . 216
Hypnoticos . . . . 203 e 227
Hypnotismo 197
Hypo-algesia 302, 330, 465, 475 e 535
Hypoasoturia 304
Hypocondria 110
— moral . . 73 e 376
Hypocondriacos . 108, 117 e 202
Hypocrisia. 45
Hypoesthesia 330
— tactil . . . 302
— tactil, thermica e dolorifica . . 232
— thermica . . 302
— da vista, do ouvido, do olfato e do gosto . . 110

Pag.

Hypoesthesia visual . . . 447
Hypoesthesias . . . 109 e 449
Hypomania 135, 309, 316, 317, 324, 393, 394, 397, 398, 401 e 409
Hypomimia 102
Hypomnesia . . 48, 305, e 348
Hypophosphaturia . . . 304
Hypoplasia da glandula thyroideia 230
Hyposemia. 103
Hypospadias . . 18, 127 e 175
Hypothermia. . 218, 267 e 502
Hypothermias hystericas . 445
Hypo-thyroideïsmo 275, 276, 282, 283, 287, 288, 290 e 520
Hysteria 25, 27, 49, 50, 64, 71, 72, 74, 87, 99, 102, 103, 109, 112, 118, 123, 135, 168, 177, 292, 346, 431, 433, 480, 510 a 512
— minor 443
Hysterias obsessivas. . . 175
Hystericos 44, 75, 87, 100, 111, 164, 175, 189 e 245
Hysterismo. . . . . 116 e 433
Hysteroneurasthenia 431 e 505

I

Ictos apoplectiformes . . 328
— congestivos. . 295 e 334
— epileptiformes. 328 e 335
Ideação. 176
Ideia normal 58
— obsessiva 80
— fixa post-hypnotica . 215
— fixa post-onirica . . 215
Ideias de condemnação . . 369
— de criminalidade 214 e 369
— de defeza 72
— delirantes 58, 69, 70, 80, 117 e 250
— delirantes de auto-accusação 71
— delirantes de criminalidade 71
— delirantes de desespero 71

	Pag.
Ideias delirantes de humildade	71
— delirantes de incapacidade	71
— delirantes de ruina	71
— de enormidade	74
— fixas ou incoerciveis	79 e 421
— de grandeza	73, 214 e 235
— de humildade	369
— hypocondriacas	73, 74, 369 e 510
— de immortalidade	74 e 369
— imperativas	79
— de incapacidade	369
— incoerciveis	79
— megalo-melancolicas	74
— de morte proxima	214
— mysticas ou religiosas	74
— de negação	74 e 369
— de negação e de enormidade	325 e 326
— de peccado	369
— de perseguição	71, 145, 214, 250 e 369
— post-oniricas	123
— de ruina	214 e 369
— de transformação corporea	76
Idiotas	84, 111, 117, 118, 149, 179, 186, 279 e 518
— microcephalos	105
Idiotia	24, 25, 43, 79, 109 a 112, 117, 118, 135, 149, 150, 156, 157, 177, 179, 225, 280, 349, 492 e 521
— adquirida	350
— alala	285
— cretinoide	282
— com cachexia pachidermica	282
— endemica	350
— familial	356
— microcephalica	150 e 200
— moral	530
— myxedematosa	282
Illusão tactil	68
— thermica	68
Illusões	67, 176, 209, 331, 334, 374, 299, 401, 541 e 576
Illusões auditivas	250
— d'optica	68
— palingnosticas	393
— physiologicas ou normaes	68
— sensoriaes	583
Imagens	56
— acusticas	65
— auditivas	66
— graphicas	66 e 114
— mnemonicas	54 e 55
— motoras de articulação	66
— visuaes	66
Imaginação dos imbecis	596
Imbecilidade	24, 102, 106, 149, 150, 165, 179, 181, 280, 350, 351, 353 a 355, 358, 359, 521, 532 e 592
Imbecis	104, 174, 179, 186 e 245
Immobilidade	361
— estatuaria	368 e 496
— estatuaria expontanea	503
Immoralidade constitucional	354, 530 e 531
Immundos	197
Impotencia	364 e 520
Impressão sensitiva ou sensorial	50
Impudôr	390
Impulsão	83 e 84
Impulsividade	87, 474, 497, 510 e 511
Impulsivos	185 e 189
— irresistiveis	26
Impulsões	78, 267 e 428
Impulsos	86, 87, 158, 176, 332, 354, 362, 374 e 459
Inadaptados	29
Incendio	428
Inclinação para a tristeza	45
Inclinações ao crime	473
Incoherencia	78, 79, 224, 253, 301, 398 e 476
— ou verbigeração	104
Incoordenações de movimento	297
Incurabilidade	138

Pag.

Indifferença affectiva . . 510
Infancia . . . . . 183 e 184
Infantilismo . 18, 130, 283 e 596
— myxedematoso 284
— sexual . . . 520
— somatico . . 355
Infecções . 209, 297, 352 e 355
— adquiridas . . . 124
— infantis . . . 283
Infiltrações serosas . . . 258
Inhibição . . . . 83, 84 e 87
Inicio e terminações das doenças mentaes 139
Injecções hypodermicas de hyoscina . . 192
— hypodermicas de morphina . . 204
— intra-musculares e intra-venosas de saes de mercurio . . . 326
— de sôro physiologico 202
Innervação vaso-motora . 363
Inquietação anciosa . 250 e 292
Insolação 25
Insolações 388
Insomnia . 121, 145, 210, 219, 225, 232, 250, 251, 267, 269, 327, 333, 336, 381, 387, 404, 417, 501 e 505
— nocturna . . . 133
Instincto sexual 459
Instinctos 83
— sexuaes precoces 18
Institutos hydrotherapicos 186 e 193
— medico-pedagogicos 186
Instrucção e habitos d'espirito 181
Insufficiencia mental. 359 e 600
— mental primitiva . . 350
— thyroideia 283 e 290
Integrações 52
Intelligencia 263
— dos imbecis . 596
Interdicção . . . . 592 e 601
Interferencia 83

Pag.

Intermissões . . . 141 e 143
Interrogatorio 176
Intervallos lucidos . . . 143
Intervenções gynecologicas 201
Intoxicação 492
— aguda . 260 e 268
— alcoolica 72, 239 e 255
— bromica . . . 482
— cocaïnica . . 72
— maïdica 228, 234 e 239
— plumbea . . . 272
— profissional . . 272
— therapeutica . 268
Intoxicações 26, 42, 69, 72, 74, 77, 115, 122, 124, 153, 200, 209, 352, 355 e 432
— chronicas 15, 132, 133, 180, 354 e 457
— e infecções chronicas dos paes . . . 283
Inversão do reflexo pupillar 301
— do sentido genital 517
— sexual . . . 517 e 521
Invertidas masculiniformes 524
Invertidos 75
— feminiliformes . 524
Involução senil 338
Involuções 149
— senis 110
Irascibilidade 473
Irregularidades sensoriaes . 355
Irritabilidade 45, 145, 251, 317, 374, 375, 400, 467 e 473
— crescente . 267
Isolamento 182, 188, 189, 226, 239, 265, 271, 274, 327, 336 e 601
Isotonia 118

J

Juizo 98

K

Kleptomania . . . . 87 e 428

L

Labio lepurino . . . 15 e 129
Lactação 409
Lavagem do estomago 117, 202 e 226
Leito 197
Leitos de guardas. . . . 197
— para os immundos . 197
Leituras mysticas e romanescas 437
Lentidão dos movimentos . 289
Lesão do senso emotivo. . 144
Lesões cerebraes 123, 147, 148 e 162
— complexas. . . . 149
— do elemento nervoso. 153
— encephalicas. . . 111
— em foco 348
— intersticiaes . . . 321
— meningeas . . . 150
— da nevroglia . . . 152
— parenchymatosas 153 e 321
— vasculares 151, 320 e 321
Linguagem dysarthritica . 252
— eliptica . 106 e 224
— escripta. . . 107
— fallada . . . 104
— mimica . . . 102
— de preto. . . 106
— pseudo-aphasica e paraphasica. . . . 216
— transposta ou linguagem infantil . 106
Liquido cephalo-rachydiano 119, 303, 325 e 336
Litigantes ou processivos . 543
Lobulo olfativo . . . 62
Logorrheia ou verborrheia. 104
Longevidade 295
Loquacidade . . . 224 e 396
— excessiva . . 268
Louco de formas alternas . 100
Loucos raciocinantes . . 189
Loucura circular 164, 384 e 407 a 409
— — catatonica 503
Loucura coacta 414
— communicada 37 e 596
— consciente. . . 414
— cyclica 159
— de dupla fórma 99, 101, 163 e 407 a 409
— da duvida . . . 426
— epileptica 77, 112, 140 e 151
— erotica . . . 517
— de fórmas alternas 163, 407, 408 a 410
— hypocondriaca. . 540
— hysterica 24, 77, 112 e 140
— indagatoria. . . 426
— impulsiva . . . 429
— intermittente 407, 410 e 412
— juvenil . . 485 e 488
— lucida. . . 102 e 109
— moral 102, 165, 346, 530, 553 e 599
— myxedematosa . 289
— obsessiva . 47 e 414
— paralytica . . . 294
— parcial 381, 539, 547 e 550
— penitenciaria. 38 e 39
— periodica 42, 163, 166, 180, 314, 326, 346, 383, 384, 403, 407 e 475
— periodica de formas alternas. . 384
— periodica maniaca 141 e 407
— periodica-melancolica. . . . 407
Loucuras chronicas *d'emblée*. . . . 140
— intermittentes . 141
— ligadas a nevroses 42
— sympathicas. . 141
— toxicas . . . 58
Lues cerebralis 340
Luxuria delictuosa . . . 474
Lymphocitose . 120, 303 e 515
Lypemania . . . . 361 e 377
Lypomas supraclaviculares 284
Lypotimias . . . 333 e 505

Pag.

M

Macrocephalia. . 18, 124 e 355
Macroglossia 129
Maïsmo. 228
Mal de Basedow 292
Mal comicial 461
— herculeo 461
— perfurante . . 115 e 303
— sagrado 461
Mancinismo 465
Mão melancolica. . . . 369
Manchas pigmentares . 130
Maneirismo . . . . 89 e 497
Mania 26, 43, 50, 69, 75, 99, 109, 110, 115, 117, 136, 137, 140, 142, 152, 156, 158, 163, 166, 168, 169, 214, 222, 233, 292, 309, 388, 458, 487, 505, 512, 550 e 600
— accessual . . 411 e 412
— aguda 79, 102, 104, 107, 118, 122, 135, 198, 200, 204, 224 e 400
— benigna 394
— chronica 151, 199 e 401
— com furor. . . . 399
— doença. 403
— epileptica. . . . 477
— furiosa. 393
— grave 388, 399 a 402 e 404
— idiopathica . 411 e 412
— intermittente 163, 407, 408 e 409
— mitigada 394
— periodica 194
— sub-aguda. . . . 400
— transitoria 77, 118 e 168
— typica 388, 393, 397 a 399 e 401
Maniacos 87, 108, 110, 118, 174 e 225
Manicomios . 186, 190 e 196
— especialisados. 186
Marasmo . . . . 318 e 380
Marcha difficil. 252
— incerta 233
— dos paralyticos. . 299
Masochismo . . 111, 525 e 526
Massagem 199

PAG.

Mastodinia 449
Masturbação 409
Mau olhado. 534
Mêdo. . . . . . . 121 e 373
— dos contactos metallicos 86
Megalocephalia. 124
Megalomania. . . . 541 e 550
Megalomanos 104
— mysticos . . 75
Meios contentivos . . 191 e 258
Melancolia 26, 33, 42, 44, 47, 72, 74 a 77, 99, 102, 105, 109, 110, 116 a 118, 134, 135, 137, 140, 142, 152, 156, 158, 163, 166, 175, 199, 200, 202, 204, 211, 213, 222, 223, 225, 233, 292, 309, 318, 325, 341, 361, 388, 402, 458, 487, 505, 550 e 600
— abulica 376
— accessual . 411 e 412
— activa 378
— aguda 379
— anciosa 24, 44, 74, 115, 198, 361, 363, 374, 378 a 380, 400 e 409
— attonita ou estupurosa 222, 361, 369, 378, 380, 385 e 513
— chronica . 312 e 379
— consciente. . . 376
— delirante 362, 373 a 375 e 377
— estupida 198, 199, 379, 385 e 409
— estupurosa 222 e 363
— hypocondriaca . 105
— com ideias de humildade. . . 105
— com ideias de negação e de immortalidade . 110
— ideopathica. 411 e 412
— intermittente 163 e 407 a 409
— mysantropica. . 376
— passiva . . . 376
— perplexa . . . 376

PAG.
Melancolia simples 102, 194, 224, 317, 325, 361, 363, 370, 372, 374, 376, 377, 380, 386, 409 e 418
— sub-aguda . . . 379
— dos velhos . . . 336
— doença 404
— syndroma . 383 e 404
Melancolicos 108, 110, 112, 118, 175, 189 e 202
— anciosos 104, 110, 115 e 116
— estupidos . . . 116
— mysticos . . . 117
— simples . . . 116
Memoria 97, 99, 100, 114, 176, 248, 252 e 366
— deficiente . . . 331
— difficil e infiel . . 270
— dos imbecis . . . 595
— infiel 263
— na mania . . . 392
— psychica . . . 47
— tarda e infiel . . 289
Meningite 121
— syphilitica . . . 342
Meningoencephalite chronica. 294
Menopause 19, 24, 288, 409 e 458
Menstruação . . 24, 64 e 409
Mentalidade cretinoide . . 280
Metalophobia 428
Meteorismo 231
— por insufficiencia do pyloro . . 446
Metrorrhagias . . . 288 e 502
Microcephalia 18, 124, 175, 201 e 355
Microcephalos . . . 149 e 351
Microglossia 129
Miseria 362
Misoneïsmo 599
Monomania 176
— intellectual . . 539
Monoparesias 342
Monophobias 427
Monoplegia 340
— do braço esquerdo 445
Monoplegias das pernas . . 445
Morphina 19
Morphinismo . . 26, 260 e 271
Morphinomania . . . 260 e 268

PAG.
Mortalidade 139
Morte subita 265
Motilidade . . . . 176 e 262
Movimentos espasmodicos . 357
Mudança de caracter . . . 44
Mulher polyandrica . . . 537
Mussitação 105
Mutismo 104, 105, 177, 358, 361, 367, 372, 460, 494 e 509
— aphasico 105
— graphico 108
— hysterico. 104, 168 e 445
— melancolico . . . 168
— vesanico 105
Myasthenia . . 133, 416 e 417
Mydriase . . . 270, 301 e 501
Myelopathias 109
Myose . . . . . . 301 e 468
Mysanthropia 317
Mysoginos 524
Mysophobia 428
Mysticismo 75
Mythomania dos hystericos . 453
Myxedema . . . 130, 275 e 288
— espontaneo dos adultos . 276 e 287
— infantil 282, 284 e 286
— operatorio . 276 e 291
— operatorio dos adultos . . . 290

N

Nanismo . . . . 130, 278 e 283
Narcolepsia 123
— diurna 133
Narcose 210
Nariz (estygmas degenerativos) 129
Nauseas . . . . 231, 260 e 267
Necrophylia 525
Negativismo 89, 105, 117, 177, 218, 332, 455, 489, 496, 505 e 509
Neologismos dos perseguidos . 107
Nephrite 338
Nephrites parenchimatosas e intersticiaes 246
Neurasthenia 25, 117, 118, 164, 317, 325, 341, 346, 414 e 510
— accidental 430 e 511

PAG.

Neurasthenia adquirida 362, 419 e 431
— constitucional 109, 110, 420, 430, 431 e 511
— de fórma cerebral . . . 374
— predemencial . 430
— pretabetica . . 430
Neurasthenicos. . 44, 116 e 122
Neuropsychoses. . 164, 165 e 414
Nervosismo 414
Nevralgias 121
— erraticas . . . 418
— do trigemeo . . 302
Nevrites. . 121, 246, 256 e 257
Nevrite optica 342
Nevropathas 193
— degenerados . . 261
Nevropathias . . . . 15 e 354
Nevroses . . . . . 109 e 112
— sexuaes 517
— traumaticas . . 99 e 436
Nevrose vesanica 539
Nosologia 205
Nosophobia 428
No-restraint . . . 191 e 192
Nourriciers. 195
Nymphomania . . . 390 e 521
Nystagmo . . . . . 355 e 465

O

Objectivação . . . . 51 e 52
Obnubilação . . . 209 e 225
— intellectual 106, 224, 251 e 252
Obsessão 116
— emotiva 80
— impulsiva. . . . 80
— intellectual . . . 80
— do rubôr 117
Obsessões 79, 81, 101, 158, 176, 197, 420 a 422, 429 e 551
— emotivas . . . 427
— escrupulos . . . 427
— intellectuaes. . . 426
— — e emotivas . . . 193
— metaphysicas . . 426
— motoras 428

PAG.

Obsessivos . . . 100, 112 e 116
Ochlophobia 428
Odios. 354
Olfato 69
Omega melancolico 365
Onanismo 33, 165, 176, 185, 191, 362, 390, 492 e 518
Onomatomania. 428
Open-door . . . . 191 e 192
Ophtalmoplegia com mobilidade dos olhos. 445
Opotherapia. . . 204, 290 e 515
— thyroideia . . 284
Orelhas (conformação irregular das) 18
Organotherapia 204
Orgãos genitaes: Vêr *Anomalias.*
— sexuaes apenas esboçados 284
— sexuaes rudimentares 279
Orla azulada das gengivas . 273
Otite media. 464
Otohematomas 303
Ovarialgia . . . 418, 439 e 449

P

Pachidermia cretinoide . . 282
Pachymeningite. 151
— hemorrhagica . 258 e 320
Palavra brusca (*Voix scandée*) 114
— bulbar. 113
— empastada (*bégaiement*) 114
Palavras cabalisticas . . . 107
Palpitações cardiacas . . . 263
Panophobia. 427
Papeira . . 278, 280, 291 e 292
— com cretinismo . . 281
— sem cretinismo . . 281
Paralysia 358
— agitante . . 114 e 446
— facial. 445
— geral 23, 24, 25, 43, 49, 69, 70, 73, 74, 99, 104, 109, a 112, 114, 115, 117, 118, 120, 132, 135, 137, 139, 142, 145,

PAG.

151, 153, 157, 166, 175, 181, 201, 202, 214, 241, 249, 294, 345, 383, 414, 430, 469, 480, 487 e 521
Paralysia geral aguda . . . 295
— — circular . . 313
— — confusa . . 314
— — cyclica. . . 313
— — delirante . . 295
— — depressiva . 312
— — de dupla fórma . . . 313
— — expansiva. . 309
— — de fórma confusa. . . 326
— — de fórma cyclica. . . 326
— — de fórma depressiva 42 e 325
— — de fórma expansiva 43 e 324
— — de fórma paranoide. . 326
— — de fórmas alternas . . 313
— — juvenil. . . 181
— — das mulheres. 296
— — paranoide. . 314
— — precoce ou juvenil . . 296
— — remittente . 295
— — sem delirio . 193
— — sobre-aguda . 295
— — tardia ou senil . . . 296
— de origem psychica 84
— progressiva. . . 430
Paralysias 111, 337, 342, 347, 357, 444 e 460
— dos musculos . . 113
— — — oculares. . . . 262
— de origem psychica 85
— vaso-motoras . . 247
Paralyticos geraes 87, 109, 110, 118, 152, 174, 179, 189 e 196
Paramimia 102
Paramnesia. 48
Paramnesias . . . . . 50 e 558
Paramyoclono multiplo . . 443

PAG.

Paranoia 43, 44, 47, 73, 75, 77, 104, 165, 175, 199, 314, 383, 403, 489, 490 e 539
— abortiva ou rudimentar . . . 551 e 554
— aguda . . 504 e 553
— ambiciosa. . . . 553
— dissociativa . 208 e 504
— indifferente . . . 558
— legitima . . 549 e 581
— originaria. . 24 e 571
— persecutoria . 117 e 552
— primitiva 180
— rudimentar . . . 414
— secundaria . . . 560
— (sua definição) . . 558
Paranoias . . . . 138 e 140
Paranoicos . 122, 174, 325 e 540
Paraphasia 113
Paraplegia espastica . . . 446
Paraplegias. 445
Parasemia 103
Parasthesia 448
Parathyroideias. 290
Paresia espastica 233
Paresias 111, 132, 298, 299, 333, 347, 357 e 464
— dos membros . . . 342
— dos nervos craneanos 342
— unilateraes . . . 465
Paresthesias . 232, 262, 273 e 444
Parto . . . . 19 e 24
Pederastia . . . 34, 111 e 521
Pellagra 26, 118, 123, 228, 283 e 288
Pequena hysteria 443
Pequeno mal . . . 470 e 478
— — intellectual . . 476
Percepção . . . . . 52, 65 e 176
— difficil e infiel . . . 331
— imprecisa . . . 270
— lenta 348
— tardia e incerta. . 263
Percepções morosas . . . 289
Perda de consciencia 307, 343 e 347
— do pudor e das conveniencias 332
— de tonicidade dos esphincters 318
Perdas seminaes 418

PAG.

Periencephalite diffusa. 114 e 344
Periodo ascendente . . . 146
— de estado 146
— inicial da loucura. . 115
— medico legal da paralysia geral . . . 316
— prodromico . . 144
— — da loucura. 117
— prodromico nas loucuras obsessivas . 145
— terminal 146
Periostites 126
Perseguidores-hypocondriacos 543
Perseguidos. 106 a 108, 117 e 202
— activos . . . 579
— passivos . . . 579
— perseguidores, 72, 189, 542 e 543
Personalidade . . . . . 97 a 99
Perturbações da associação das ideias . 78
— da attenção 45 e 305
— dos caracteres (linguagem escripta). . 107
— circulatorias 115, 116, 145, 363 e 381
— da conducta . 144
— digestivas 117, 145, 304, 389, 416, 501 e 505
— dyspepticas. . 117
— de estylo . . 108
— da fluencia (linguagem escripta) . . 108
— de fluencia (linguagem fallada). . . 104
— funccionaes da memoria. . 114
— gastro-intestinaes . . . 363
— de humor . . 232
— da ideação. . 69
— intensivas da actividade . 87
— da linguagem 41, 102, 317 e 383
— da linguagem escripta . . 114

PAG.

Perturbações da linguagem fallada 113 e 298
— da memoria 47 e 304
— menstruaes 120, 390 e 502
— mimicas . . 113
— da motilidade 111, 256 e 297
— motoras. . . 294
— nutritivas . . 115
— da palavra escripta. . . 299
— da palavra fallada . . . 299
— da percepção . 50
— perceptivas. . 365
— da personalidade . . 97 e 101
— pupillares . . 249
— dos reflexos 81 e 301
— — — luminosos e de accommodação . . . 217
— respiratorias 145 e 363
— da sensibilidade 109, 256, 302 e 417
— da sensibilidade cutanea . 246
— sensitivas e sensoriaes . 447
— do sentimento de equilibrio 252
— do somno 121, 133, 145, 210, 262, 331, 337, 362 e 389
— de syntaxe. . 106
— da syntaxe e do vocabulario. 108
— thermicas 120 e 303
— vaso-motoras 116 e 418
— vesicaes e rectaes. . . 257
— visceraes . . 303
— de vocabulario. 106
— da voz . . . 104
Perversões 109
— da actividade . . 87
— affectivas . . . 44

PAG.

Perversões cenestheticas e tactis 111
— do paladar . . . 247
— psychicas . . . 359
— da sensibilidade . 110
— sexuaes 18, 111, 165, 517, 521 e 525
Pesadellos . . . . . 145 e 417
Phase da psychose maniaco-depressiva . . . . 361 e 388
Phenomeno de Argyll-Robertson 301
— do echo do pensamento . . 578
— de Romberg . 445
Phenomenos pupillares . . 317
Phobia . . . . 80 e 86
Phobias 78, 176, 421, 422, 426, 427 e 511
— profissionaes . . . 428
— systematisadas . . 427
Phrenasthenia 592
Physionomia 102
— e attitudes dos maniacos . . 391
— dos cretinos . . 278
— dos melancolicos 364
Pithiatismo 433
Plagiocephalia 126
— frontal . . . 230
Plagioprosopia . . . 126 e 127
Pleuralgia 449
Pneumonia . . . . 139 e 328
— da base . . . 304
Polarisação dynamica . . 61 e 62
Polydactilia . . . 15, 129 e 175
Polynevrite 233
Polypos nasaes 464
Polyuria . . . . . 442 e 444
Praticas religiosas 437
Prazer moral 43
Predisposição hereditaria 341 e 347
Predispostos . . . 144 e 184
Preguiça habitual 474
Presbytia 330
Prisão cellular 38
Private dwelling system 186 e 195
Processos anormaes de ossificação 126
Procreação: Condições dos paes durante a procreação 21

PAG.

Procreação dos degenerados e predispostos 182
Prodigalidade 45
Prodromo 137
Profissões 31
Prognatismo . . . 126 e 175
Prognostico 178
Prophylaxia do alcoolismo . 259
Prostituição 296
Prostração 267
Pruridos 269
Pseudo-allucinações . . 63 e 64
— angina pectoris . 418 e 445
— colapso 418
— demencia . . 289 e 344
— incoherencia . . 79
— invertidos 524
— paralysias geraes 133 e 240
— paralysia geral alcoolica . . 249, 254 e 256
— paralysia geral pellagrosa . . 235, 236 e 239
— paralysia geral syphilitica . . 340, 343 e 344
— paralysia saturnina . 273
— vertigem de Menière . 445
Psychalgia . . . 43, 134 e 382
Psychismos superior e inferior 89 a 91, 93, 94 e 96
Psycopathia climaterica . . 296
— de involução . . 328
— traumatica . . 345
Psychopathias accidentaes . 350
— da base . 341 e 342
— da convexidade 341 e 342
— funccionaes . 381
— sexuaes 165 a 517
— syphiliticas 134 e 340
— toxicas e infecciosas . . 322
Psychose 313
— accidental . . . 137
— constitucional . . 137
— cyclica 407
— maniaco-depressiva 163 e 407
— pellagrosa . . . 229
— dos pellagrosos . . 233
— systematisada progressiva . 539 e 547
Psychoses 354

PAG.

Psychoses accidentaes. 161, 181, 194 e 207
— affectivas 162 a 164, 233, 361 e 510
— agudas 180
— climatericas. . . . 204
— constitucionaes 161, 164 e 406
— depressivas. 110 e 112
— de involução . . 24
— de involução senil. 139
— endotoxicas. . . 228
— exotoxicas . . . 228
— funccionaes . . . 122
— lucidas, moral e criminal 530
— myxedematosas 276 e 283
— periodicas . . . 164
— puerperaes . . . 204
— syphiliticas 157, 162 e 345
— toxicas. . . 228 e 350
— traumaticas . 25 e 162
— thyroideias . 162 e 275
— vesanicas . . . 132
Psychotherapia 197, 227, 459 e 460
Ptose palpebral. 299
— — congenita. . 127
Ptoses visceraes 416
Puberdade 19, 99, 183 a 185 e 458
Puerilidade 307
Pulso 115
— irregular 262
Puncção lombar . 119, 201 e 327
Purgantes . . . 190, 203 e 226
Pusilanimidade. 474
Pyromania . . . . . 87 e 428
Pyrophobia 427
Pyrose 231

Q

Queda dos dentes e dos cabellos. 115

R

Raciocinio 98
Rachitismo . . . . 15, 126 e 283
Rachialgia . . . 365, 418 e 449
Rachialgias lombares. . . . 364
Railway-brain . . . 25 e 345
Railway-spine . . . 25 e 436

PAG.

Rapidez da reacção reflexa . 536
Rapto ancioso . . . 369 e 378
Reacção myasthenica . . . 416
Recahida 143
Recidivas 143, 144, 163, 402, 412 e 486
Reconhecimento 51
Reflexo 90
— conjunctival . . . 449
— de Babinsky . . . 302
— do tendão de Achilles 302
— patellar. 84
— pharyngeo . . 302 e 449
— rotuliano 302
Reflexos . . . . . . 176 e 307
— bulbares 84
— cutaneos e das mucosas. 302
— ideo-motores. . . 82
— medullares . . . 84
— sensitivo-motores . 82
— tendinosos e cutaneos. 217
Religiões 30
Rheumatismo articular . . 283
Rigidez e deseguialdade das pupillas . . . 301
— pupillar 355
Regime hypochloretado . . 481
Remissões 142, 143, 257, 485 e 507
— da paralysia geral. 319
— dos delirios melancolicos . . 110
— espontaneas da paralysia geral . 327
Repouso. 432
Repulsão pelos alimentos. . 88
Respiração. 116
— estertorosa. . . 466
Retenção da urina. . . . 449
Reticencia 177
Revulsivos cutaneos . . . 190
Riparophylia 526
Riso espasmodico 338
— incoercivel ou paroxystico. 103
Rupophobia. 428
Rythmo cardiaco 115

S

Sacrodynia 449
Sadicos 75

PAG.
Sadismo . . . . . 111 e 525
Sangue 118
— dos epilepticos . . 468
— dos melancolicos . . 363
— de myxedematosos . 293
— dos paralyticos geraes 303
— dos pellagrosos . . 234
Sangrias. . . . . 190 e 202
Saturnismo. . . 26, 272 e 273
Satyriase . . . . 390 e 521
Scotoma transitorio . . . 62
Secreção do suor 118
— urinaria 118
— — no delirio agudo 219
Sedenho sobre a nuca. . . 202
Seio hysterico 444
Semi-mutismo voluntario. . 104
Senilidade 132
Sensação 61
— bruta. . . . 51 e 55
— differenciada . 51 e 52
— elementar . . . 55
— de exhaurimento . 232
— illusoria de insectos sub-cutaneos . . 269
— de leveza . . . 270
Sensações 54
— kineticas. . . . 67
— unilateraes . . . 65
— visceraes. . . . 69
— — anomalas. 76
Sensibilidade 175
— esthetica. . . 307
Senso moral . . . . 425 e 531
Sentimento de pudor . . . 307
Sentimentos vingativos . . 475
Sequestração. . 182, 259 e 592
Sevrage da morphina. 265 e 266
Sexualidade. 184
— anormal . . . 519
— normal . . . 519
Signal de Argyll-Robertson 335, 501 e 515
Signaes anthropologicos . . 464
— pathologicos . . . 464
Simulação 168
Simuladores . . . 105 e 137
Sinapisação. 267
Sitophobia 117, 145, 202, 219, 226, 235, 251, 318, 376, 379, 387 e 449

PAG.
Sobre-acuidade. 140
Sobreexcitação motora . . 328
Sodomia. 518
Somnambulismo 100
— epileptico . . 477
— hypnotico . . 101
— hysterico . 49 e 101
Somno. . . . . . 91 e 121
— consciente. . . . 122
— profundo 477
Somnolencia 210, 260, 266 e 289
Sonda esophagica 202
Sonho allucinatorio . . . 215
— dos confusos . . . 215
Sonhos 122
— curtos 145
— de impotencia ou abulicos . . 122, 362 e 417
— maus 145
Sôro de carneiros 293
Senilidade 133
Sub-catatonia 89
Sub-consciencia. 92
Sub-microcephalia. . . . 124
Sudurificos . . . . 258 e 274
Suffusões sanguineas . . . 258
Suggestão . . . . 444 e 460
— em estado de hypnose completa . 267
— em vigilia 197, 267 e 432
— hypnotica . . 197 e 198
Suggestibilidade 89, 307, 454, 455, 489, 496, 505 e 509
Suicidas. 185
Suicidio 15, 88, 116, 139, 184, 250, 268, 306, 318, 334, 372, 380, 383, 419, 428 e 495
— dos melancolicos 374, 375 e 378
— inconsciente . . . 478
Suores copiosos 263
— frios. 267
— profusos . . . 251 e 252
Suppurações artificiaes . . 190
Surdez . . 279, 330, 358 e 460
— cortical. 95
— hysterica 448
— peripherica . . . 95
— psychica. . . 56 e 95
— verbal . 49, 66, 113 e 355
Surdo-mudez cortical . . . 113

Pag.

Surdo mutismo. 15
— — hysterico. . 445
Surmenage . . 183, 431 e 492
— emotivo 165
— intellectual . . 165
Suspensões da evolução . . 125
Suspensão do desenvolvimento psychico . . 350
— de desenvolvimento psycho-somatico 276
Symptomas da abstinencia morphinica . 267
— de ordem affectiva e moral nos imbecis . 596
— de ordem intellectual nos imbecis . . 594
— e estygmas da alienação mental . . 147
— physicos ou somaticos 40, 41 e 109
— psychicos 40, 41 e 42
Symptomatologia 40
Syncope cardiaca . . 115 e 219
Syncopes 49
Syndroma da paralysia geral. 235
— de Cotard 74, 110 e 326
— de Korsakoff. 255 e 257
— neurasthenico 133, 501 e 509
— paralytico 132, 133, 234 e 249
Syndromas . . . . . 42 e 130
— de loucura . . . 309
— episodicos da degenerescencia hereditaria. . 420
Synostoses prematuras por osteïtes . . 126
Synthese psychica. 97
Syphilis 26, 176, 283, 288, 290, 296, 297, 317, 322, 335, 340, 341, 360, 414, 464 e 478
— cerebral 133, 180, 324, 340 e 343
— hereditaria. . . . 515

T

Pag.

Tabagismo. 26
Tabes . . 114, 302, 430 e 521
Tabeticos 518
Tachycardia 115, 270, 292, 363 e 369
Talento. 29
Tanatophobia. 428
Tatuagem . . . . 475 e 535
Tedio . . . . . . 42 e 134
Temperatura nos melancolicos 363
Tendencia associativa . . 474
Tendencias brutaes e orgiacas. . . . 342
— eroticas 503
— homicidas . . . 191
— mysticas. . . . 18
— suicidas . 191 e 387
Terror. . . 373, 378, 436 e 404
— epileptico. . . . 477
Terrores 250
— nocturnos 598
Tetania. . . . . . 289 e 290
— mortal . . 275 e 291
Tetano pellagroso 233
Thalassophobia 428
Theoria miasmatica 277
Thermo-analgesia. 246
Thermo-anesthesia 109
Thyroideïsmo. 275
Tics. . . . . . . 247 e 355
— nervosos. 18
Tonicos . . 204, 226, 258 e 274
— cardiacos. 267
Torpor cerebral 211
Torticolis mental. 18
Tosse convulsa 283
Toxicidade do sangue 118 e 123
Toxicos. 297
Tratamento 182
— curativo. . . . 185
— mercurial . . . 345
— prophylatico . . 182
Traumatisados 100
— cerebraes . . 245
Traumatismos 24, 124, 318, 345 a 347, 352, 355, 388, 416, 436 e 492
— craneanos 297, 349, 464, 481 e 533

	Pag.
Traumatismos moraes . .	25
Tremulo 219, 247, 251, 256, 289, 292, 330 e	446
— alcoolico . . .	251
— das mãos . . .	298
— generalisado . .	270
— hysterico . . .	446
Tremulos 111, 132, 235, 249, 317 e	383
— da mandibula. .	298
— da paralysia geral	297
— vermiculares . .	298
Trepanação . . . 201 e	481
Trepidação da rotula . .	302
Tribadismo.	521
Tristeza.	467
Trombose cerebral . 337 e	339
Tromboses. . . 338, 342 e	359
Tuberculose 139, 264, 288, 379 e	508
Tumores . . . . 121 e	288
— cerebraes . 464 e	480
Tympanismo e constipação	133
Typhomania	218
Typho pellagroso . . .	234
Typos de evolução das psychoses	140

U

Ulceras de compressão . .	328
Ultrabrachicephalia . . .	124
Ultradolycocephalia . . .	124
Ultrafeminilidade . . .	523
Ultravirilidade	523
Uranismo	517
— casto	521
Uremia. . . . . 469 e	480
Urethera	127
Urina epileptica post-convulsiva	442
Urina dos epilepticos . . .	468
— hysterica post-paroxistica	442
— dos melancolicos. .	363
— dos pellagrosos 234 e	235
Urinarios	526
Utero infantil.	127

V

Vagina.	127
Validade de actos . . .	332
Variedade da loucura lucida	530
Velhice.	329
Verbigeração	499
Verborrheia	396
— incoherente .	214
Vertigem	232
Vertigens 111, 260, 263, 270, 317, 333, 334 e	343
Vesania	485
Vestidos	196
Viagens. . . . . 186 e	194
Vicios de conformação 123 e	149
Vomito.	231
Vomitos . . . 260, 267 e	342
— incoerciveis . .	446
Vontade 83, 84, 92, 132, 176, 213, 223, 263, 307, 332, 367, 374 e	495
Voz nasalada	113

Z

Zeïsmo	228
Zonas hysterogenes . . .	449
Zoophobia	428
Zumbidos	263
— auriculares 332, 268 e	269

INDICE DAS GRAVURAS

PAG

Fig. 1 — Centros sensoriaes 53
» 2 — Illusão de optica. 67
» 3 — Eschema de Grasset 93
» 4 — Asymetria expressiva. 103
» 5 — Microcephalia 124
» 6 — Ultradolycocephalia 124
» 7 — Craneo escaphoide. 126
» 8 — Plagioprosopia 126
» 9 — Asymetria das mãos. 127
» 10 — Nanismo. Gigantismo. Infantilismo psychosomatico 128
» 11 — Caso de gynandria. 129
» 12 — Confusão mental asthenica. 217
» 13 — Erythema pellagroso. 231
» 14 — Escripta paralytica (periodo inicial) 300
» 15 — Escripta paralytica (periodo de estado) 300
» 16 — Escripta paralytica (periodo terminal) 300
» 17 — Paralytico geral em seguida a um ataque apoplectiforme 308
» 18 — Demencia senil apathica. 333
» 19 — Demencia senil agitada (catarata dupla) 334
» 20 — Idiota microcephalo 351
» 21 — Idiota microcephala 352
» 22 — Irmãos idiotas microcephalos. 356
» 23 — Idiota asymetrica 358
» 24 — Melancolia 364
» 25 — Melancolia com delirio de enormidade. 377
» 26 — Melancolia anciosa com ideias de negação e de immortalidade 378
» 27 — Hypomania 395
» 28 — Mania typica (phase chronica). 398
» 29 — Mania intermittente 408
» 30 — Melancolia intermittente. 408
» 31 — Loucura de fórmas alternas. 408
» 32 — Loucura de dupla forma. 408
» 33 — Loucura circular. 408
» 34 — Epilepsia (mandibula exagerada; criminalidade). 465

PAG.

Fig. 35 — Epilepsia (olhar vitreo; criminalidade). 465
» 36 — Demencia precoce (catatonia). 500
» 37 — Demencia precoce (catatonia). 501
» 38 — Demencia precoce (catatonia). 502
» 39 — Demencia precoce (estereotypia de movimentos). 503
» 40 — Demencia precoce paranoide (delirio erotico). Endereço de uma carta. 504
» 41 — Demencia precoce paranoide (delirio ambicioso). 506
» 42 — Loucura moral com fraqueza de espirito e delirio intermittente (estupro das proprias filhas). . . 531
» 43 — Loucura moral (homicidio). 532
» 44 — Loucura moral (envenenadora e ladra). . . . 535
» 45 — Delirio de ciume. 583
» 46 — Delirio religioso. 587
» 47 — Delirio religioso. 588
» 48 — Delirio religioso. 589
» 49 — Debilidade mental (criminalidade). 598
» 50 — Imbecilidade (infanticidio) 599

CORRIGENDA

Pag.	Linha:	Onde se lê:	Leia-se:
17	6	*pregressiva*	*progressiva*
81	32	*inicitação*	*incitação*
82	8	exito-motora	excito-motora
97	13	B.—D'ordem complexa	D.—D'ordem complexa
99	8	por que	porque
101	6	da nova	de nova
113	24	sensoril	sensorial
129	16 e 31	asysmetria	asymetria
129	31	grandula	glandula
195	14 e 17	*nourrisiers*	*nourriciers*
201	18	posto de reparo	ponto de reparo
226	10	execreções	excreções
233	8	reflexos tendinos	reflexos tendinosos
240	22	toxidade	toxicidade
250	1	*Delirium a potu supenso*	*Delirium a potu suspenso*
274	15	hyhohese	hypothese
340	24	Psychopathias syphilicas	Psychopathias syphilititicas
344	4	ceracter	caracter
410	7	prodomico	prodromico
416	35	vôm	vêm
424	32	imponente	impotente
429	4	systhetica	synthetica
433	7	dedicado	delicado
448	11	camprimetra	campimetra
473	31	irrascibilidade	irascibilidade
480	26	modo de vêr	modo de ser